

Constitution du dossier d'aménagements des épreuves d'examens pour les élèves présentant un handicap *tel que défini par la loi du 11 février 2005.*

La date limite de la demande d'aménagement correspond à la date limite d'inscription à l'examen selon la circulaire n°2015-127 parue dans le BO n°31 du 27/08/15.

Le dossier complet doit être adressé avant le 18 décembre 2016.

Tout dossier incomplet ou hors délai ne pourra pas être instruit et vous sera renvoyé.

1- CONSTITUTION DU DOSSIER :

- **DEMANDE D'AMENAGEMENT DES EPREUVES D'EXAMENS ET CONCOURS** (Annexe 2)
- **FEUILLE D'INFORMATIONS PEDAGOGIQUES** signée et tamponnée par le chef d'établissement, remplie par le professeur principal et /ou le(s) professeur(s) concerné(s) (Annexe 3)
- **La photocopie des COMPTES RENDUS MEDICAUX** récents précisant la nature et le retentissement du handicap sur la scolarité + Annexe 4
- **La photocopie des COMPTES RENDUS PARAMEDICAUX** pour les troubles des apprentissages
Un bilan orthophonique avec une évaluation de la lecture et de l'orthographe à l'aide d'outils étalonnés et normés, datant de moins de deux ans pour un trouble du langage + Annexe 5
S'ils ont été pratiqués : bilan psychomoteur, bilan d'ergothérapeute, bilan psychométrique ou bilan orthoptique...
- Si l'élève concerné bénéficie d'un **PAI** (projet d'accueil individualisé), d'un **PAP** (plan d'accompagnement personnalisé) ou d'un **PPS** (projet personnalisé de scolarisation), joindre une photocopie du document.
- **La photocopie des trois derniers bulletins scolaires.**
- **La photocopie d'un devoir** (de français, histoire-géographie ou philosophie) réalisé en situation de contrôle, corrigé par le professeur.
- **Une enveloppe timbrée** à vos noms et adresse.
- **Le relevé des notes du baccalauréat pour les élèves redoublant la terminale.**
- **Cas particulier concernant l'EPS**
Joindre impérativement à votre demande le certificat médical en vigueur sur l'Académie qui précise le ou les types d'inaptitude afin de définir la nature et les modalités de l'aménagement des épreuves.

2- TRANSMISSION / ENVOI DU DOSSIER : dossier complet à envoyer à l'adresse suivante :

**DSDEN 92 Service Médical en faveur des élèves
Aménagements des examens
167-177 avenue Joliot-Curie
92013 NANTERRE cedex**

Tout dossier incomplet ou hors délai ne sera pas instruit et vous sera renvoyé

DEMANDE D'AMENAGEMENTS DES EPREUVES D'EXAMEN OU DE CONCOURS
Formulaire à joindre au dossier

Examen ou concours concerné -----Session 20--

A remplir par le candidat majeur ou son représentant légal

Nom et prénom du candidat : **date de naissance :**/...../.....

Scolarisé ☐ individuel ☐ inscrit au CNED ☐

Nom et adresse des personnes responsables ou de l'élève majeur :

Adresse électronique :@.....

N° de téléphone de la personne responsable ou de l'élève (si majeur) :

Etablissement :

Classe : **Série ou spécialité :**

Un PPS a-t-il été mis en place ? (joindre le document le cas échéant) ☐ oui ☐ non

Un PAI et /ou un PAP a-t-il été mis en place ? ☐ oui ☐ non

(joindre le document le cas échéant)

L'élève a-t-il déjà bénéficié d'aménagements d'épreuves d'examen ou concours ? ☐ oui ☐ non

Si oui Année scolaire :/..... Examen ou concours :

Lesquels ? (Joindre la photocopie de la décision) :

Je, soussigné(e), sollicite :

☐ **Les aménagements suivants (entourer les mentions utiles) :**

- aide humaine
- aide matérielle
- temps supplémentaire
- dictée aménagée pour le DNB
- isolement
- pauses
- conservation notes
- précisions si nécessaire :

☐ **L'étalement du passage de l'examen sur plusieurs sessions**

(préciser les modalités d'étalement souhaitées)

Signature de la personne responsable ou de l'élève majeur

Fait à le/...../.....

INFORMATIONS PÉDAGOGIQUES SUR LE DÉROULEMENT DE LA SCOLARITÉ ANNÉE SCOLAIRE 20.. / 20..

**Document à joindre par le candidat au dossier de demande d'aménagements
des conditions d'examen ou concours**

IDENTITÉ DU CANDIDAT

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....
☐ Scolarisé ☐ Individuel ☐ Inscrit au CNED
 Etablissement fréquenté :
 Examen préparé : Série ou spécialité :
 Date des premières épreuves : Nature des épreuves : ☐ orales ☐ écrites ☐ pratiques

**Pour les candidats scolarisés, le chef d'établissement, en lien avec le professeur principal
et/ou le(s) professeur(s) concerné(s), atteste les difficultés rencontrées par le candidat
et les mesures particulières mises en œuvre durant l'année scolaire.**

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

(Entourer la réponse la plus adaptée : de 0 = pas de difficulté à 4 = difficultés majeures)

0-1-2-3-4 En expression orale	0-1-2-3-4 Pour finir les contrôles dans les délais impartis
0-1-2-3-4 En lecture de textes ou d'énoncés	0-1-2-3-4 Pour fournir un travail écrit (fatigabilité, écriture peu ou pas lisible, difficultés en production ou en copie)
0-1-2-3-4 En lecture d'images, cartes, figures	0-1-2-3-4 Pour orthographier même les mots courants (erreurs, écriture phonétique)
0-1-2-3-4 En compréhension du texte lu	0-1-2-3-4 Autres. Précisez :
0-1-2-3-4 En logique, raisonnement	
0-1-2-3-4 En langue vivante	

MESURES MISES EN PLACE au cours de cette année scolaire

☐ PAI ☐ PPS ☐ PPRE ☐ PAP

☐ Aménagement du temps. Préciser :

☐ Mode d'évaluation. Préciser :

☐ Aide à la prise de notes : ☐ secrétaire lisant les consignes ☐ secrétaire écrivant sous la dictée de l'élève
Préciser :

☐ Utilisation d'un ordinateur en classe. Préciser éventuellement le(s) logiciel(s) habituellement utilisé(s) :

☐ Photocopies des cours :

☐ Oralisation des consignes, devoirs écrits transformés en interrogation orale :

☐ Dictée aménagée :

AUTRES AIDES

☐ Aide humaine. Préciser les activités incombant à l'AVS :

☐ Matériel adapté :

☐ Services de soins. Préciser :

☐ Autres. Préciser :

Nom et qualité du Professeur ayant rempli ce document :

SIGNATURE ET TAMPON DU CHEF D'ETABLISSEMENT

le

COMPLEMENT AUX BILANS MEDICAUX

Fiche synthétique des pathologies médicales pour appréciation du retentissement fonctionnel sur les apprentissages

Aménagements des épreuves d'examens session 20..

A faire remplir par le **MEDECIN spécialiste de la pathologie de l'enfant**
Coordonnées du médecin :

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : ../ .. /..

o Diagnostic de la pathologie principale à l'origine du handicap:

o Pathologies associées :

o Antécédents médicaux :

o Description clinique actuelle :

o Traitement, soins et prises en charge :

o Retentissement fonctionnel dans le cadre de la scolarité et si besoin, les aides à mettre
en place pour les examens:

*Joindre tous les documents permettant d'évaluer la situation qui fait l'objet de la demande
d'aménagement aux épreuves d'examens (compte-rendus médicaux, audiogrammes, bilan
ophtalmologique, bilan radiologiques, analyses médicales, autres bilans).*

Date :

Nom, **CACHET** et signature du médecin :

COMPLEMENT AU BILAN ORTHOPHONIQUE

Fiche synthétique des troubles du langage oral et/ou langage écrit

Aménagements des épreuves d'examens session 20..

Objectif : mieux cerner le niveau de difficulté de l'élève et évaluer les aménagements nécessaires pour les épreuves d'examens.

Bilan daté de **moins de 2 ans** pour être recevable.

Pour chaque item, veuillez préciser le test utilisé et donner un résultat précis chiffré en **écart type** (déviations standards par rapport à l'âge ou au niveau de classe).

Nom et coordonnées de l'Orthophoniste :

NOM de l'élève:

PRENOM :

Age au moment du test:

Antécédents et anamnèse :

Date du bilan		Nom du test	Résultat chiffrés Etalonnés en écart type	Remarques qualitatives
LECTURE	Test de vitesse			
	Test de compréhension			
	Epreuves de lecture de mots, non mots ou mots irréguliers			
ORTHOGRAPHE	Orthographe d'usage			
	Orthographe grammaticale			
	Chrono dictée			
LANGAGE ORAL	Fluence verbale			
	Phonologie			
	Mémoire de travail			
SI BESOIN PRECISER	- attention - hyperactivité - graphisme - troubles praxiques - troubles visuo-spatiaux			

Vos remarques :

Signature et CACHET de l'orthophoniste