

**DEMANDE D'AMENAGEMENTS DES CONDITIONS D'EXAMENS
POUR LES CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP**

CANDIDAT

NOM : PRENOM : Né(e) le :

NOM et PRENOM du représentant légal pour les candidats mineurs :

Adresse personnelle : N° rue Tél domicile :

Code postal ville Tél portable :

Email :

A déjà un dossier à la MDPH : oui non

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE

NOM ETABLISSEMENT :

Adresse : Tél. : Fax :

..... Email :

Un PPS a-t-il été mis en place ? oui non Un PAI ? oui non Un PAP ? oui non

(joindre les documents)

Attention : la mise en place au cours de la scolarité d'un PAI, d'un PPS ou d'un PAP **ne préjuge pas de la décision du recteur**

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

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

Lesquels ? *(Joindre la photocopie de la décision)*

.....

EPREUVES PREPAREES LORS DE L'ANNEE 2018/2019

RELEVANT DE LA D.R.A.A.F.	RELEVANT DU RECTORAT
<input type="checkbox"/> C.A.P.A. :	<input type="checkbox"/> Épreuves anticipées du BAC Série :
<input type="checkbox"/> BAC PRO A :	<input type="checkbox"/> Terminale BAC général Série :
<input type="checkbox"/> B.T. STAV. :	<input type="checkbox"/> Terminale BAC technologique Série :
<input type="checkbox"/> B.T.S A :	<input type="checkbox"/> Terminale BAC professionnel Spécialité :
<input type="checkbox"/> B.P. A :	<input type="checkbox"/> C.A.P. (distinct de la préparation bac pro) spécialité :
	Niveau : <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année
	<input type="checkbox"/> C.A.P ou <input type="checkbox"/> B.E.P. <u>diplôme intermédiaire</u> - dans le cadre d'un BAC professionnel 3 ans : spécialité :
	Niveau : <input type="checkbox"/> Première professionnelle
	<input type="checkbox"/> Brevet professionnel Spécialité :
	<input type="checkbox"/> B.T.S. Spécialité :
	Niveau : <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année
	<input type="checkbox"/> DE CESF (Diplôme d'état de conseiller en économie sociale familiale)
	<input type="checkbox"/> DCG / DSCG (Diplômes (supérieurs) comptabilité et de gestion)

	<input type="checkbox"/> Certification en langues <input type="checkbox"/> Delf scolaire <input type="checkbox"/> BIA

Je soussigné(e), candidat(e) majeur(e) ou responsable légal(e),

Sollicite un aménagement des conditions d'examen, conformément aux dispositions réglementaires

FORMULATION PRECISE DE LA DEMANDE :

.....

Difficultés :

.....

Besoins :

.....

A, le

Signature du représentant légal ou du candidat majeur :