

DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS DES ÉPREUVES D'EXAMEN

Examen ou concours concerné

Session : 20....

Demande du candidat ou de la candidate ou de ses représentants légaux

CANDIDAT OU CANDIDATE EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDANT À BÉNÉFICIER D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES D'EXAMENS

NOM : **Prénom :** **Né(e) le :**
Adresse électronique :
Adresse postale :
Numéro de téléphone :
☐ Établissement scolaire : ☐ Individuel ☐ CNED

Examen préparé :

Classe : **Série :** **Spécialité :**

Pour l'année en cours bénéficie : PPS ☐ PAI ☐ PAP ☐
 est accompagnée par un/e auxiliaire de vie scolaire (AVS) : OUI ☐ NON ☐

Je, soussigné(e)....., sollicite :

☐ Des aménagements des conditions de passation de l'examen ou du concours

À préciser dans la mesure du possible :

☐ L'étalement du passage de l'examen sur une ou plusieurs sessions, en précisant obligatoirement les modalités d'étalement souhaitées, avec les matières et les sessions :

☐ La conservation des notes obtenues lors de la session 20... , sous réserve de la réglementation de chaque diplôme, en précisant les discipline(s) (relevé de notes obligatoire pour les candidats venant d'une autre académie).....

☐ J'autorise, le cas échéant, la consultation du dossier médical de l'élève constitué à la MDPH, par le médecin désigné par la CDAPH : ☐ oui ☐ non

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

Si oui, pour quelle année scolaire :/.....

Pour quel examen ou concours :

Préciser si possible les aménagements qui ont été mis en œuvre (*joindre éventuellement la photocopie de la décision*) :

Fait à le Signature de l'élève majeur ou de ses représentants légaux