

Région académique  
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

DIEC/19-812-1841 du 22/04/2019

**EXAMENS DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE - CANDIDATS NON HANDICAPES NECESSITANT  
DES AMENAGEMENTS D'EXAMEN URGENT**

Destinataires : Mesdames et messieurs les chefs d'établissements scolaires du second degré publics, privés sous-contrat et hors contrat

Dossier suivi par : Mme RIPERTO (Niveau V, IV et III) - Tel : 04 42 91 71 83 - M. BERARD (DNB-CFG) - Tel : 04 90 27 76 50

**Sont concernés les candidats présentant au moment des épreuves, une impossibilité suite à un accident, un évènement imprévu (intervention chirurgicale d'urgence....).**

La procédure ci-dessous ne concerne pas les candidats handicapés tel que définis dans le décret du 25 août 2015.

Afin de simplifier l'étude des demandes d'aménagements, les candidats doivent remplir l'imprimé en annexe et le transmettre dans les meilleurs délais au service d'organisation concerné :

- **DNB et CFG** : Pôle académique des examens du DNB à la Direction académique du Vaucluse
- **Autres examens scolaires** : Rectorat DIEC 3.02

**Pièces justificatives à joindre :**

- Les certificats médicaux doivent être fournis sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseiller- technique. Ils doivent être précis sur le diagnostic, la durée d'immobilisation, le retentissement sur les conditions de passage de l'examen. En cas d'intervention chirurgicale, la demande doit être faite après l'intervention pour permettre une meilleure évaluation des gênes occasionnées par la suite.
- La copie de la convocation aux épreuves

**Délai de remise des dossiers :**

Les demandes seront prises en compte en fonction des possibilités organisationnelles des examens. Si les délais ne le permettent pas, le candidat sera invité à se présenter aux épreuves de remplacement en septembre (pour les examens ayant une session de remplacement prévue à cet effet).

Dans certains cas et selon les pathologies, les candidats pourront être convoqués pour une visite médicale auprès du médecin scolaire.

Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

*Signataire : Pour le Recteur et par délégation, Pascal MISERY, Secrétaire Général de l'Académie d'Aix-Marseille*

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENT D'EPREUVES pour les candidats ne rentrant pas dans le champ du handicap

A REMPLIR PAR LE CANDIDAT OU SON REPRESENTANT LEGAL

**Candidat** NOM : ..... Prénoms : .....

Né(e) le : ...../...../..... Si mineur : Nom des représentants légaux : .....

Adresse personnelle : .....  
..... Courriel : .....

N° de téléphone fixe domicile : ..... N° de téléphone fixe travail : .....

N° de téléphone portable du représentant légal : .....

Etablissement scolaire : ..... Tél : .....

**Candidat scolarisé(e) en classe de :** 3e  2nde  1<sup>ère</sup>  Terminale   
CAP Année 1  Année 2  BTS Année 1  Année 2  Autres

### **DEMANDE POUR LA PASSATION DE L'EXAMEN ci-dessous :**

- Diplôme national du brevet (DNB)  
 Certificat de formation général (CFG)  
 Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) *spécialité* .....  
 Baccalauréat professionnel (BCP) *spécialité* .....  
 Brevet d'études professionnelles (BEP) *spécialité* .....  
 Brevet des métiers d'arts (BMA) *spécialité* .....  
 Brevet professionnel (BP) *spécialité* .....  
 Mention complémentaire niveau IV *spécialité* .....  
 Mention complémentaire niveau V *spécialité* .....  
 Baccalauréat général (BCG) série .....  Baccalauréat général (BTN) série .....  
 Brevet de technicien supérieur (BTS) *spécialité* .....  
Autres diplômes  DEES  DSAA  DEA  DCG  DSCG

### **Documents à joindre *obligatoirement* pour l'étude du dossier :**

- Certificat médical détaillé (*sous pli cacheté*) **précisant le diagnostic, la gêne fonctionnelle, la prise en charge en cours, le retentissement scolaire**, les aménagements à prévoir pour le déroulement des épreuves.
- un certificat médical établi par un spécialiste consultant précisant l'atteinte fonctionnelle détaillée touchant :  
- les membres supérieurs, ainsi que la nécessité d'une aide technique (matérielle ou humaine),  
- les membres inférieurs détaillant les modes de locomotion utilisés (fauteuil, canne, etc..)
- Copie de la convocation à l'examen

# Mesures d'aménagements souhaitées

(PAR LE CANDIDAT OU SON REPRESENTANT LEGAL)

.....  
.....  
.....  
.....

En cas d'empêchement à l'écriture préciser : Candidat gaucher  droitier  ambidextre

**Je sollicite les aménagements ci-dessus pour la présentation de l'examen pour les épreuves du mois de ..... de l'examen.**

**Je prends note :**

- qu'en cas d'avis favorable, les mesures accordées le sont à titre temporaire.
- que les mesures sont accordées en fonction de l'avis médical et selon les possibilités d'organisation de l'examen (conditions matérielles et délais).
- si la mise en œuvre des mesures n'est pas compatible avec l'organisation de l'examen, le candidat sera autorisé à présenter les épreuves de remplacement pour les examens qui les prévoient.

Fait à : ..... Le .....

Nom Prénom..... Nom Prénom.....

Signature du candidat ..... et de son représentant légal si mineur (\*)

**A REMPLIR PAR LE CHEF D'ETABLISSEMENT** (candidats scolaires uniquement)

Nom du chef d'établissement : .....

Avis motivé quant aux mesures sollicitées par le candidat :  Favorable  Réservé  Défavorable

Motif : .....

.....

.....

Date : ..... Signature : .....

**AVIS DU MEDECIN CONSEILLER TECHNIQUE des services académiques organisateur de l'examen**

Avis favorable : .....

.....

.....

.....

Avis défavorable : .....

.....

.....

.....

Date : ..... Signature : .....

Dr .....