Région académique
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Division des Examens et Concours

DIEC/17-741-1726 du 15/05/2017

EXAMENS DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE - SESSION 2017 - CANDIDATS NON HANDICAPES NECESSITANT DES AMENAGEMENTS D'EXAMEN URGENT

Références : Décret n°2015-1051 du 25 août 2015 dispositions relatives à l'aménagement des épreuves des examens et concours de l'enseignement scolaire pour les élèves en situation de handicap - Circulaire n° 2015-127 du 3 août 2015 parue au BOEN n°31 du 27 août 2015

Destinataires : Messieurs les chefs d'établissements scolaires du second degré publics, privés sous-contrats et hors contrats

Dossier suivi par : Mme RIPERTO (Niveau V, IV et III) - Tel : 04 42 91 71 83 - Fax : 04 42 91 75 02 - 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 ☐ 1ère ☐ 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) ☐ 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

Bulletin académique n° 741 du 15 mai 2017

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 ……