MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

FICHE n° 1

Session 2017

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

FORMULAIRE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT OU SON REPRESENTANT LEGAL
(Articles D.351-27 à D.351-32 du code de l'Education)

EXAMEN : **SERIE/SPECIALITE :** **CLASSE :**

NOM des parents (pour les candidats mineurs) :

NOM (en lettres capitales) et Prénoms du candidat :

Date de naissance : / / Adresse :

Adresse électronique : @

Téléphone domicile : Téléphone portable (responsable légal si candidat mineur) :

Téléphone portable (candidat majeur) :

Statut du candidat : ❒ scolaire ❒ individuel ❒ inscrit au CNED (classe réglementée)

Etablissement fréquenté (Nom, adresse et téléphone) :

Le candidat a - t'il un dossier MDPH ?	❒ Oui	❒ Non	❒ En cours
PPS mis en place	❒ Oui	❒ Non	
PAI mis en place	❒ Oui	❒ Non	
PAP mis en place	❒ Oui	❒ Non	

L'élève a-t-il bénéficié de mesures particulières pour un autre examen ou concours ?
❒Non ❒Oui *Préciser : quel examen et quels aménagements ? (joindre la photocopie de la décision)*
Je, soussigné(e),……..….sollicite :

❒ Les aménagements suivants :

❒ L'étalement du passage de l'examen sur plusieurs sessions *(préciser les matières souhaitées pour chaque session dans les conditions prévues par la réglementation de chaque examen)*

❒ La conservation de notes (mesures réservées aux candidats ayant échoué à l'examen ou redoublement en 1ère, sous réserve de la réglementation de chaque diplôme) *(préciser discipline et notes obtenues)*

A……le……
Signature du candidat (ou du représentant légal si le candidat est mineur)

NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LES PIECES JUSTIFICATIVES

(L'avis médical sera transmis à votre adresse courriel saisie dans la présente fiche)