

## CANDIDATS HANDICAPES

### DEMANDE D'AMENAGEMENT D'ÉPREUVES

Diplôme national du Brevet (DNB)

Série Collège   
Technologique   
Professionnelle

Certificat de Formation Général (CFG)

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de Naissance : .....

ORIGINE :  CANDIDAT SCOLARISÉ (1)

Établissement fréquenté : Collège privé La Nativité  
8, rue Jean Andréani – Aix en Provence

~~CANDIDAT LIBRE (1)~~ SESSION : 2011

SEXE :  Masculin  Féminin

ADRESSE PERSONNELLE : .....

Téléphone : .....

-----  
Le dossier médical sera joint sous pli cacheté au nom du médecin de la  
C.D.A.P.H., agrafé au présent imprimé dûment complété, et transmis à:

Inspection Académique de Vaucluse  
Division des Examens et Concours  
49 rue THIERS  
84 077 AVIGNON CEDEX 04

## INSTRUCTIONS MPORTANTES

Tous les candidats devront fournir :

- le présent imprimé dûment complété (cadre réservé au candidat)
- un dossier médical complet spécifiant la nature du handicap. **Le visa du médecin scolaire est obligatoire.**

**Les certificats médicaux devront avoir moins de 3 mois. Ils doivent être rédigés par des médecins spécialistes ou généralistes, mais en aucun cas par des auxiliaires de santé.**

En fonction de la nature du handicap, les pièces suivantes seront fournies :

### ➤ **POUR LES HANDICAPES VISUELS**

Joindre un certificat médical établi par un ophtalmologiste qualifié précisant :

- ❖ l'acuité visuelle après correction
  - de près
  - de loin
- ❖ les troubles associés
- ❖ le mode de lecture utilisé
- ❖ les aides techniques nécessaires

{ nystagmus  
albinisme

{ atteinte du champ visuel  
vision binoculaire  
etc ...

{ matérielles  
humaines

### ➤ **POUR LES HANDICAPES AUDITIFS**

Joindre un certificat médical établi par un oto-rhino-laryngologiste qualifié, accompagné d'un audiogramme tonal récent et précisant le mode de communication habituellement utilisé.

### ➤ **POUR LES HANDICAPES MOTEURS**

Joindre un certificat médical établi par un spécialiste consultant (orthopédiste, neurologue, médecin de rééducation fonctionnelle) précisant :

- ❖ L'atteinte fonctionnelle détaillée touchant les membres supérieurs, ainsi que la nécessité d'utiliser un matériel technique (machine à écrire, etc...) et/ou une assistance,
- ❖ L'atteinte fonctionnelle des membres inférieurs, détaillant également le mode de locomotion utilisé (fauteuil, cannes, appareillage orthopédique, etc...).

### ➤ **POUR LA DYSLEXIE**

Joindre un certificat médical, un bilan orthophonique de moins de 2 ans, le dernier bulletin scolaire et un devoir de français fait en classe.

### ➤ **POUR LES AUTRES HANDICAPS**

Joindre un certificat médical établi par un médecin spécialiste précisant la nature du handicap et ses conséquences.

-----

➤ **Par l'intermédiaire du chef d'établissement pour les candidats scolarisés**

➤ **Directement pour les candidats libres**

NOM : ..... PRENOM : .....

A REMPLIR PAR LE CANDIDAT (le cas échéant par son représentant légal)

- VISUEL       Amblyope léger    Amblyope profond    Aveugle  
 AUDITIF  
 TROUBLES SPECIFIQUES DES APPRENTISSAGES  
 MOTEUR  
 AUTRE :

1 – Avez-vous déjà présenté un dossier médical à la C.D.A.P.H. ?

OUI       NON      Date : .....

2 – Aménagements sollicités pour les épreuves autres que l'EPS – Cocher dans le tableau ci-dessous les cases utiles :

A REMPLIR PAR L'ETABLISSEMENT ET LE MEDECIN SCOLAIRE (candidats scolarisés)

Le candidat bénéficie-t-il en cours d'année d'aménagements spéciaux ?  OUI  NON

Lesquels : .....

Avis quant aux mesures sollicitées par le candidat : FAVORABLE - DEFAVORABLE

MOTIF : .....

Signatures du chef d'établissement et du médecin scolaire A ..... le .....

MESURES POSSIBLES		MESURES SOUHAITEES		MESURES RETENUES PAR LA C.D.A.P.H.	A REMPLIR PAR LE MEDECIN DESIGNE DE LA C.D.A.P.H. Je soussigné, NOM : ..... Prénom : .....
Types de mesures	Types de handicap	Epreuves écrites et pratiques	Epreuves orales		
Temps de composition majoré d'un tiers	<input type="checkbox"/> VISUEL <input type="checkbox"/> MOTEUR <input type="checkbox"/> AUDITIF <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Médecin attaché à la C.D.A.P.H. certifie que le candidat susnommé, doit bénéficier des mesures retenues ci-contre :  A ..... Le ..... Cachet et signature  En cas d'avis défavorable motivation indispensable
Accessibilité des locaux	MOTEUR	<input type="checkbox"/> OUI Mesures : <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Utilisation d'une machine * <input type="checkbox"/> machine à écrire <input type="checkbox"/> micro-ordinateur	<input type="checkbox"/> MOTEUR (si le handicap rend impossible l'écriture manuelle) <input type="checkbox"/> VISUEL <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Présentation des sujets	VISUEL	1 seul choix possible : <input type="checkbox"/> braille intégral : <input type="checkbox"/> braille abrégé : <input type="checkbox"/> gros caractères A3 – 141 %	1 seul choix possible : <input type="checkbox"/> braille intégral : <input type="checkbox"/> braille abrégé : <input type="checkbox"/> gros caractères A3 – 141 %	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	AUDITIF	<input type="checkbox"/> Assistance d'un spécialiste en langue des signes	<input type="checkbox"/> Assistance d'un spécialiste en langue des signes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Composition du candidat sur sa copie	VISUEL	1 seul choix possible : <input type="checkbox"/> braille intégral : <input type="checkbox"/> braille abrégé : <input type="checkbox"/> gros caractères A3 – 141 %		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	A ..... Le ..... Désignation du secrétaire (identité, coordonnées)
	Dictée à trou (DNB)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Epreuves orales avec réponses écrites	<input type="checkbox"/> MOTEUR (seulement si le handicap rend impossible l'expression orale) <input type="checkbox"/> AUDITIF <input type="checkbox"/> AUTRE		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	..... ..... .....
Assistance d'une secrétaire pendant l'épreuve **	MOTEUR (seulement si le handicap rend impossible l'expression l'écriture manuelle ou l'utilisation d'une machine) AUTRE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	En cas d'AVS attaché au candidat (identité, coordonnées) ..... ..... .....
Assistance d'un spécialiste de : *** <input type="checkbox"/> L.S.F. <input type="checkbox"/> français signé <input type="checkbox"/> lecture labiale : <input type="checkbox"/> avec langage parlé complété <input type="checkbox"/> sans langage parlé complété	AUDITIF	<input type="checkbox"/> L.S.F. <input type="checkbox"/> français signé <input type="checkbox"/> lecture labiale : <input type="checkbox"/> avec langage parlé complété <input type="checkbox"/> sans langage parlé complété	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	..... ..... .....

\* A fournir par le candidat dans le cas où le centre d'examen ne met pas le matériel à sa disposition

\*\* Préciser s'il s'agit de l'AVS et son nom. Voir cadre ci-contre

\*\*\* A confirmer par le médecin scolaire

SIGNATURE DU CANDIDAT ou DE SON REPRESENTANT LEGAL

LE ..... à .....