

**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 code de l'éducation)

Informations relatives au candidat

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

Adresse :

Téléphone domicile :

Portable :

Adresse mail de l'élève majeur ou des parents :

Statut du candidat :

scolaire

individuel

inscrit au CNED (classe réglementée)

Établissement fréquenté (nom, adresse et téléphone) :

**EXAMEN :**

**SERIE/SPECIALITE :**

**CLASSE :**

- Si demandes d'aménagements antérieures, quels examens ? :  
Accord      non      oui      si oui, fournir la notification du service des examens (sauf pour le DNB)
- Redoublements pendant la scolarité :      non      oui      si oui quelle classe :
- Scolarité particulière dans le parcours : à préciser lieu et durée (ULIS, établissement spécialisé, CNED, autres) :
- Suivi orthophonique :      non      oui      depuis et jusqu'à quel âge :
- Dossier MDPH :      non      oui      en cours

Je, soussigné.e, sollicite les aménagements suivants (attention, des aménagements dont le candidat n'aurait pas bénéficiés, en cours d'année, risquent plus de le destabiliser que de compenser sa situation de handicap).

**NOM :**

**Prénom :**

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 des notes (mesures réservées aux candidats ayant échoué à l'examen ou redoublement de 1<sup>re</sup> Bac professionnel, sous réserve de la réglementation de chaque diplôme) ; préciser discipline et notes obtenues :

A,

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

Le :

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| <b>NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LES PIECES JUSTIFICATIVES</b> |
|------------------------------------------------------------|

(la proposition médicale d'aménagement sera transmise à votre adresse mail saisie dans la présente fiche)