

**Examen d'admission dans l'Enseignement Public
- SESSION 2024 -**

Annexe 4

DEMANDE D'AMENAGEMENT(S) D'EPREUVE(S)
A retourner à la DSDEN pour le mercredi 2 avril 2024 délai de rigueur

Références réglementaires

- Décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 (JO du 23 décembre 2005 et BO n°3 du 19 janvier 2006)
- Circulaire n° 2006-215 du 26 décembre 2006 (BO n° 1 du 04 janvier 2007)

Procédure

1 – la famille renseigne les cadres A1 et A2
2 – puis transmet le dossier au médecin MDPH pour avis cadre B1 et B2
3 – le dossier est transmis à la DSDEN

Cadre A – 1	Nom et Prénom(s) du candidat :	
	Date de naissance	
	Téléphone	
	Adresse personnelle	
	Etablissement fréquenté	

Date et signature du responsable légal :

Aménagements demandés (Veuillez fournir les pièces correspondantes, PPS, bilans divers, bulletins de notes)		Cadre B-1 <i>A remplir par le médecin</i>	
Cadre A – 2	Majoration d'un tiers du temps d'épreuves écrites	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Accessibilité des locaux (ascenseur, salle d'épreuve en RDC, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Installation particulière de la salle d'examen (éclairage particulier, salle isolée, salle près des toilettes...) :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Utilisation de matériel informatique (préciser) :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Adaptation des sujets : <input type="checkbox"/> en format A3 <input type="checkbox"/> Sujets en braille intégral <input type="checkbox"/> En braille abrégé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Assistance d'un secrétaire pour les épreuves écrites : <input type="checkbox"/> Pour le lancement de l'épreuve <input type="checkbox"/> Pour toute la durée de l'épreuve	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Assistance d'un spécialiste d'un mode de communication pour l'épreuve écrite (préciser) :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Autre :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Cadre B-2	AVIS DU MEDECIN DESIGNE PAR LA C.D.A.P.H	
	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable Motifs : <input type="checkbox"/> Ne relève pas de l'aménagement du handicap <input type="checkbox"/> Dossier incomplet	<u>date, cachet signature :</u>

DATE DE RECEPTION DSDEN – SERVICE SCOLARITE :