

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENTS D'ÉPREUVES

EXAMEN D'ENTRÉE EN SECONDE

Procédure

FORMULAIRE A RENSEIGNER AU PLUS TARD AVANT LA DATE LIMITE D'INSCRIPTION A L'EXAMEN

Lundi 25 mars 2024

Ce formulaire de demande d'aménagements des conditions de passation des épreuves de l'examen d'entrée en seconde est à compléter par les représentants légaux du candidat ou le candidat s'il est majeur et par l'équipe pédagogique. Dans le cadre d'une réinscription, les aménagements accordés lors de la précédente session sont reconduits à l'identique, en joignant la notification de la session 2023. Pour une demande d'aménagements différents, une nouvelle procédure doit être effectuée. Actuellement, le candidat :

- Ne dispose d'aucun aménagement sur le temps scolaire**

 Dispose d'aménagements sur le temps scolaire

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM de famille du candidat : NOM d'usage du candidat :

Prénom(s) : Date de naissance : Sexe : F M

Adresse :

..... Tél. :

Adresse électronique :

Nom et adresse du représentant légal (si différent) :

.....

Classe

Candidat :

- Instruction dans la famille

 scolarisé en établissement hors contrat - précisez l'établissement scolaire où est inscrit le candidat :

.....

Ville : Tél : Courriel :

DANS LE CADRE DE SA SCOLARITE, LE CANDIDAT :

BENEFICIE D AMENAGEMENTS :

Un PPS a-t-il été mis en place ? Oui Non *(si oui joindre la photocopie)*

Un PAI a-t-il été mis en place ? Oui Non *(si oui joindre la photocopie)*

Un PAP a-t-il été mis en place ? Oui Non *(si oui joindre la photocopie)*

L'élève bénéficie-t-il d'un AESH ? Oui Non

NE BENEFICIE PAS D AMENAGEMENTS :

- Un certificat médical indiquant les demandes d'aménagements *(joindre le certificat médical)*

N.B : Seuls les aménagements conformes au règlement de l'examen sont possibles

NOM..... PRENOM.....

Aménagements sollicités par les <u>représentants légaux du candidat</u> ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>si scolarisé</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH / ou du médecin traitant	Réservé à la décision de l'autorité administrative
1. Epreuves écrites (sujets aménagés en tiers temps)	<input type="checkbox"/>	Valide la demande <input type="checkbox"/>	Valide la demande <input type="checkbox"/>
2. Pause Possibilité de se déplacer, de se restaurer et/ou de bénéficier de soins (sans temps compensatoire)	<input type="checkbox"/> Observations :	Valide la demande <input type="checkbox"/>	Valide la demande <input type="checkbox"/> Refus à motiver :
3. Locaux, installation de la salle (à préciser) : 3.1 – accès facile aux sanitaires, possibilité de s'y rendre dès la 1ère heure <input type="checkbox"/> 3.2 – proximité de l'infirmierie <input type="checkbox"/> 3.3 – accessibilité des locaux (RDC ou accès ascenseur) <input type="checkbox"/> 3.4 – accessibilité des locaux en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> 3.5 – conditions particulières d'éclairage à préciser : 3.6 – salle à faible effectif <input type="checkbox"/> 3.7 - seul dans une salle (situation exceptionnelle) <input type="checkbox"/>		Valide la demande <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Valide la demande <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Aides humaines <i>Attention : l'accompagnant est à prévoir par la famille</i> - Nom, prénom, qualité de la personne accompagnante envisagée (AESH, enseignants) : <input type="checkbox"/> secrétaire lecteur <input type="checkbox"/> secrétaire scripteur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Observations :	Valide la demande <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable <input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes <input type="checkbox"/> aucune pièce justificative <input type="checkbox"/> aménagements demandés sans rapport avec difficultés <input type="checkbox"/> autres motifs :	Valide la demande <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Refus à motiver :

NOM..... PRENOM.....

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique si scolarisé	Avis du médecin désigné par la CDAPH / ou du médecin traitant	Réservé à la décision de l'autorité administrative
<p>5. Mise en forme des sujets</p> <p><input type="checkbox"/> Sujet agrandi en A3</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Valide la demande</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes</p> <p><input type="checkbox"/> aucune pièce justificative</p> <p><input type="checkbox"/> aménagements demandés sans rapport avec difficultés</p> <p>autres motif :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Valide la demande</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Refus à motiver :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6. Aides techniques</p> <p>Attention, il n'y a pas de possibilité de connexion internet</p> <p>→ Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion)</p> <p><input type="checkbox"/> ordinateur ou tablette du candidat (uniquement pour les sujets qui peuvent être remplis directement)</p> <p><input type="checkbox"/> utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe</p> <p>A préciser :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> calculatrice simple non programmable</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Observations :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Valide la demande</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes</p> <p><input type="checkbox"/> aucune pièce justificative</p> <p><input type="checkbox"/> aménagements demandés sans rapport avec difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> autres motifs :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Valide la demande</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Refus à motiver :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

NOM..... PRENOM.....

RECAPITULATIF DES AMENAGEMENTS SOLLICITES PAR LE CANDIDAT

Je soussigné(e)

.....

sollicite les aménagements d'examens suivants :

.....

J'atteste que cette demande d'aménagements d'examen est faite par mes soins et en pleine responsabilité.

Fait à : **Le**

Signature du candidat

Nom Prénom :

.....

.....

Signature des responsables légaux (candidat mineur)

Chef d'établissement (si candidat rattaché à un établissement)

NOM :

Prénom :

Date :

Signature

Cachet de l'établissement

Médecin désigné par la CDAPH ou le médecin traitant

NOM :

Prénom :

Date :

Signature

Cachet

NOM..... PRENOM.....