

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

Ce formulaire ne concerne que les examens ci-après : *(cocher l'examen présenté)*

- DIPLOME NATIONAL DU BREVET : SERIE GENERALE SERIE PROFESSIONNELLE
 CERTIFICAT DE FORMATION GENERALE

CANDIDAT

NOM : PRENOM : Né(e) le :
 NOM et PRENOM du représentant légal pour les candidats mineurs :
 Adresse personnelle : n° rue :
 CP Ville
 Tél. domicile : Tél. portable :
 E-mail @
 A déjà un dossier à la MDPH : oui non Si oui, n° dossier :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE

NOM
 Adresse
 Tél : Fax : E-mail :
 Un PPS a-t-il été mis en place ? *(joindre le document)* oui non
 Un PAI a-t-il été mis en place ? *(joindre le document)* oui non
 Un PAP a-t-il été mis en place ? *(joindre le document)* oui non
 L'élève a-t-il fait une demande pour la certification en langues ? oui non

Attention : la mise en place au cours de la scolarité d'un PAI, PPS ou PAP ne préjuge pas de la décision du directeur académique.

Je soussigné(e), candidat majeur ou responsable légal,,
 Sollicite un aménagement des conditions d'examen, conformément aux dispositions réglementaires.

FORMULATION PRECISE DES AMENAGEMENTS DEMANDES

.....

A Le
 Signature du représentant légal ou du candidat majeur,

NB : L'original de la demande d'aménagements doit être envoyé au médecin désigné par la CDAPH de votre département au plus tard à la date de clôture des inscriptions à l'examen. Une copie de ce document (annexe 1) doit être jointe à votre demande d'inscription.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE TRAITE
CONSERVER UNE COPIE DU DOSSIER COMPLET POUR UN EVENTUEL RECOURS**

Partie réservée à l'administration

Dossier reçu de l'Etablissement le Signature du Chef d'établissement	Dossier reçu par le médecin désigné par la C.D.A.P.H du le Signature du médecin
--	---

