

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENTS D'ÉPREUVES
DIPLOME NATIONAL DU BREVET et CERTIFICAT DE FORMATION GÉNÉRALE

Procédure complète

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

Ce formulaire de demande d'aménagements des conditions de passation des épreuves du DNB ou du CFG est à compléter par les représentants légaux du candidat ou le candidat s'il est majeur et par l'équipe pédagogique. En cas d'échec à l'examen, les aménagements accordés lors de la précédente session sont reconduits à l'identique. 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 mais souhaite des aménagements complémentaires**
☐ **Présente une limitation temporaire d'activité (les aménagements accordés ne seront pas reconduits l'année suivante)**

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 :

- ☐ individuel
☐ scolarisé - précisez l'établissement scolaire où est inscrit le candidat

Ville : Tél : Courriel :

EXAMEN PRESENTE

☐ **Diplôme national du brevet**

- ☐ Série générale
☐ Série professionnelle

☐ **Certificat de formation générale**

AMENAGEMENTS DE LA SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE OU DE L'ANNEE EN COURS

Un PPS a-t-il été mis en place ?	☐ Oui	☐ Non	(joindre la photocopie)
Un PAI a-t-il été mis en place ?	☐ Oui	☐ Non	(joindre la photocopie)
Un PAP a-t-il été mis en place ?	☐ Oui	☐ Non	(joindre la photocopie)
L'élève bénéficie-t-il d'un AESH ?	☐ Oui	☐ Non	

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

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

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
TEMPS OU ESPACE			
1. Temps majoré 1.1. Epreuves écrites ☐ 1.1.1 - un tiers-temps (1/3) ☐ 1.1.2 – temps supérieur pour situation exceptionnelle ☐ 1.1.3 - temps inférieur au tiers-temps (à préciser) 1.2. Epreuves orales ☐ 1.2.1 - un tiers-temps (1/3) ☐ 1.2.2 – temps supérieur pour situation exceptionnelle ☐ 1.2.3 - temps inférieur au tiers-temps (à préciser)	☐ 1.1.1 ☐ 1.1.2 ☐ 1.1.3 ☐ 1.2.1 ☐ 1.2.2 ☐ 1.2.3 Observations :	☐ 1.1.1 ☐ 1.1.2 ☐ 1.1.3 ☐ 1.2.1 ☐ 1.2.2 ☐ 1.2.3 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 1.1.1 - MH102 ☐ 1.1.2 – MH101 ☐ 1.1.3 ☐ 1.2.1- MH103 ☐ 1.2.2 ☐ 1.2.3 Refus à motiver :
2. Pause Elle ne peut excéder le tiers du temps prévu pour chaque épreuve. ☐ 2.1 – temps compensatoire pour se lever, marcher, aller aux toilettes ☐ 2.2 – temps compensatoire pour soins ☐ 2.3 – possibilité de se lever ou pause sans temps compensatoire ☐ 2.4 – possibilité de sortir avant la fin de la première heure (pause, soin) ☐ 2.5 – possibilité de se lever ou pause avec temps compensatoire dans la limité d'un tiers de temps	☐ 2.1 ☐ 2.2 ☐ 2.3 ☐ 2.4 ☐ 2.5 Observations :	☐ 2.1 ☐ 2.2 ☐ 2.3 ☐ 2.4 ☐ 2.5 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 2.1 - MH118 ☐ 2.2 – MH119 ☐ 2.3 – MH120 ☐ 2.4 – MH121 ☐ 2.5 – MH126 Refus à motiver :

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

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
3 - Locaux, installation de la salle <i>(à préciser) :</i> ☐ 3.1 – accès facile aux sanitaires, possibilité de s'y rendre dès la 1 ^{ère} heure ☐ 3.2 – proximité de l'infirmerie ☐ 3.3 – accessibilité des locaux (RDC ou accès ascenseur) ☐ 3.4 – accessibilité des locaux fauteuil roulant ☐ 3.5 – proximité d'une prise de courant ☐ 3.6 – conditions particulières d'éclairage à préciser : ☐ 3.7 - poste de travail ou mobilier adapté à préciser : ☐ 3.8 – salle à faible effectif ☐ 3.9 - seul dans une salle (situation exceptionnelle) Observations :	☐ 3.1 ☐ 3.2 ☐ 3.3 ☐ 3.4 ☐ 3.5 ☐ 3.6 ☐ 3.7 ☐ 3.8 ☐ 3.9 Observations :	☐ 3.1 ☐ 3.2 ☐ 3.3 ☐ 3.4 ☐ 3.5 ☐ 3.6 ☐ 3.7 ☐ 3.8 ☐ 3.9 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 3.1 – MH201 ☐ 3.2 – MH202 ☐ 3.3 – MH204 ou MH205 ☐ 3.4 – MH206 ☐ 3.5 – MH207 ☐ 3.6 – MH209 ☐ 3.7 – MH211 ☐ 3.8 – MH214 ☐ 3.9 – MH212 Refus à motiver :

AMENAGEMENTS TECHNIQUES

4 - Aides techniques 4- 1 Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion) ☐ 4.1.1 – ordinateur ou tablette du candidat ☐ 4.1.2 – ordinateur fourni par le centre d'examen ☐ 4.1.3 – utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe A préciser : <i>Dans le cas d'utilisation de logiciels spécifiques sur l'ordinateur du centre, il appartient au candidat d'apporter les logiciels et d'en demander leur installation avant l'épreuve.</i> Certains logiciels peuvent ne pas être autorisés aux examens. 4.2 - Matériel particulier apporté par le candidat sauf ordinateur ou tablette <i>(à préciser) :</i> ☐ 4.2.1 - calculatrice simple non programmable ☐ 4.2.2 - machine braille ☐ 4.2.3 - système Haute Fréquence	☐ 4.1.1 ☐ 4.1.2 ☐ 4.1.3 ☐ 4.2.1 ☐ 4.2.2 ☐ 4.2.3	☐ 4.1.1 ☐ 4.1.2 ☐ 4.1.3 ☐ 4.2.1 ☐ 4.2.2 ☐ 4.2.3	Valide la demande ☐ 4.1.1 – MH413 ☐ 4.1.2 – MH414 ☐ 4.1.3 – MH405 ☐ 4.2.1 - MH402 ☐ 4.2.2 - MH403 ☐ 4.2.3 - MH403
---	--	--	---

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

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
☐ 4.2.4 - autres	☐ 4.2.4 Observations :	☐ 4.2.4 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	☐ 4.2.4 – MH403 Refus à motiver :
5 - Mise en forme des sujets ☐ 5.1 – sujet en braille intégral ☐ 5.2 – sujet en braille abrégé ☐ 5.3 – sujet en caractères agrandis - Arial 16 ☐ 5.4 – sujet en caractères agrandis - Arial 20 ☐ 5.5 – sujet en format numérique PDF ☐ 5.6 – sujet en A3 ☐ 5.7 – dictée aménagée autres adaptations ☐ 5.8 – autres :	☐ 5.1 ☐ 5.2 ☐ 5.3 ☐ 5.4 ☐ 5.5 ☐ 5.6 ☐ 5.7 ☐ 5.8 Observations :	☐ 5.1 ☐ 5.2 ☐ 5.3 ☐ 5.4 ☐ 5.5 ☐ 5.6 ☐ 5.7 ☐ 5.8 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 5.1 – MH301 ☐ 5.2 – MH302 ☐ 5.3 – MH310 ☐ 5.4 – MH303 ☐ 5.5 – MH306 ☐ 5.6 – MH304 ☐ 5.7 – MH663 ☐ 5.8 Refus à motiver :
6 - Communication ☐ 6.1 - Port par le surveillant du système HF pour les épreuves écrites et /ou orales ☐ 6.2 - En cas de consignes orales, celles-ci devront être données à voix haute en articulant, le surveillant se plaçant face au candidat ☐ 6.3 Consignes orales données par écrit ☐ 6.4 - Autres (à préciser)	☐ 6.1 ☐ 6.2 ☐ 6.3 ☐ 6.4 Observations :	☐ 6.1 ☐ 6.2 ☐ 6.3 ☐ 6.4 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 6.1 – MH401 ☐ 6.2 – MH508 ☐ 6.3 – MH601 ☐ 6.4 Refus à motiver :

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

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
AIDES HUMAINES			
Aides humaines 7 - Nom, prénom, qualité de la personne envisagée (AESH, enseignants) : ☐ 7.1 – secrétaire lecteur ☐ 7.2 – secrétaire scripteur ☐ 7.3 – assistant ☐ 7.3.1 - Reformulation des consignes ☐ 7.3.2 - Séquençage des consignes complexes ☐ 7.3.3 - Explicitation des sens second et métaphorique ☐ 7.3.4 - autre (préciser) ☐ 7.4 - Assistance d'un enseignant spécialisé trouble de la fonction auditive ☐ 7.5 - Assistance d'un interprète en langue des signes française (LSF) pour les épreuves orales uniquement ☐ 7.6 - Assistance d'un codeur en langue française parlée complétée (LfPC) ☐ 7.7 – Assistance d'un AESH	☐ 7.1 ☐ 7.2 ☐ 7.3 ☐ 7.3.1 ☐ 7.3.2 ☐ 7.3.3 ☐ 7.3.4 ☐ 7.4 ☐ 7.5 ☐ 7.6 ☐ 7.7 Observations :	☐ 7.1 ☐ 7.2 ☐ 7.3 ☐ 7.3.1 ☐ 7.3.2 ☐ 7.3.3 ☐ 7.3.4 ☐ 7.4 ☐ 7.5 ☐ 7.6 ☐ 7.7 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 7.1 – MH512 ☐ 7.2 – MH513 ☐ 7.3 ☐ 7.3.1 – MH521 ☐ 7.3.2 – MH522 ☐ 7.3.3 – MH523 ☐ 7.3.4 ☐ 7.4 - MH502 ☐ 7.5 – MH503 ☐ 7.6 – MH504 ☐ 7.7 – MH514 Refus à motiver :
ADAPTATIONS ET DISPENSES			
Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
8- Adaptations d'épreuves conformes à la réglementation en vigueur 8.1 – Adaptations générales ☐ 8.1.1 – Communication par écrit pour les épreuves orales et pratiques ☐ 8.1.2 – passage en priorité pour les épreuves orales	☐ 8.1.1 ☐ 8.1.2	☐ 8.1.1 ☐ 8.1.2	Valide la demande ☐ 8.1.1 – MH602 ☐ 8.1.2 – MH632

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

☐ 8.1.3 - Autres <i>Préciser le type d'adaptation à l'exception des adaptations de sujets :</i>	☐ 8.1.3	☐ 8.1.3	☐ 8.1.3
Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
8.2 – Aménagements spécifiques DNB ou CFG Epreuve écrite de mathématiques et de technologie (DNB) ☐ 8.2.1 – Adaptation de l'exercice d'algorithmique pour les candidats présentant un trouble visuel ou neuro visuel en lien avec les outils pédagogiques utilisés par le candidat ☐ 8.2.2 – Neutralisation de cet exercice Exercice de dictée de l'épreuve écrite de français (DNB) ☐ 8.2.3 – Adaptation pour les candidats présentant un trouble du langage écrit, oral, de la parole, de l'automatisation du langage écrit ou un trouble des fonctions auditives Epreuve orale de soutenance de projet (DNB et CFG) ☐ 8.2.4 – Adaptation pour les candidats présentant un trouble du langage oral ou de la parole les autorisant à s'exprimer selon les modalités qu'ils utilisent habituellement dans les situations de communication orale	☐ 8.2.1 ☐ 8.2.2 ☐ 8.2.3 ☐ 8.2.4 Observations :	☐ 8.2.1 ☐ 8.2.2 ☐ 8.2.3 ☐ 8.2.4 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	☐ 8.2.1 – MH627 ☐ 8.2.2 – MH628 ☐ 8.2.3 – MH611 ☐ 8.2.4 – MH624 Refus à motiver :
9 - Dispenses de partie d'épreuves ou d'épreuves ☐ 9.1 - Dispense de l'exercice de tâche cartographique pour l'épreuve écrite d'histoire géographie et enseignement morale et civique (DNB) ☐ 9.2 - Dispense de l'évaluation de la composante « comprendre, s'exprimer en utilisant une langue étrangère ou régionale » du domaine 1 « les langages pour penser et communiquer » (candidats scolaires) (DNB et CFG) ☐ 9.3 – Dispense de l'épreuve de langue vivante étrangère (DNB) (candidats individuels)	☐ 9.1 ☐ 9.2 ☐ 9.3	☐ 9.1 ☐ 9.2 ☐ 9.3	Valide la demande ☐ 9.1 – MH606 ☐ 9.2 – MH605 ☐ 9.3 – MH621

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

	Observations :	Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Refus à motiver :
Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
ETALEMENT D'EPREUVES OU CONSERVATION DE NOTES			
10 - Etalement du passage des épreuves : ☐ 10.1 - la même année ☐ 10.1.1 - Epreuves organisées en juin (<i>listez les épreuves prévues à cette date</i>) ☐ 10.1.2 - Epreuves organisées en septembre (<i>listez les épreuves prévues à cette date</i>) ☐ 10.2 – année n+1 ☐ 10.2.1 - Epreuves organisées en juin année n (<i>listez les épreuves prévues à cette date</i>) ☐ 10.2.2 - Epreuves organisées en juin année n+1 (<i>listez les épreuves prévues à cette date</i>) ☐ 10.3 – sur plusieurs sessions (<i>préciser pour chaque session, l'intitulé exact des épreuves à passer</i>) :	 ☐ 10.1.1 ☐ 10.1.2 ☐ 10.2.1 ☐ 10.2.2 ☐ 10.3 Observations :	 ☐ 10.1.1 ☐ 10.1.2 ☐ 10.2.1 ☐ 10.2.2 ☐ 10.3 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 10.1.1 – MH610 ☐ 10.1.2 – MH610 ☐ 10.2.1 – MH610 ☐ 10.2.2 – MH610 ☐ 10.3 – MH610 Refus à motiver :

**UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS
AYANT ÉCHOUÉ À L'EXAMEN**

☐ **11 - Conservation des notes**
Epreuves déjà passées dont vous
demandez la conservation des notes
sur 5 ans (préciser les épreuves
concernées et fournir les relevés de
notes) :

.....
.....
.....

☐ **11**

**Avis circonstancié obligatoire
si avis défavorable**

- ☐ pièces justificatives
insuffisantes
☐ aucune pièce justificative
☐ aménagements demandés
sans rapport avec difficultés
☐ autres motifs :

.....
.....
.....

☐ **11 – MH609**

RECAPITULATIF DES AMENAGEMENTS SOLLICITES PAR LE CANDIDAT

Je soussigné(e) **sollicite les aménagements d'examens
suivants** (préciser le nombre d'aménagements cochés) :

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

NOM :

Prénom :

Date :

Signature

Cachet de l'établissement

Médecin désigné par la CDAPH

NOM :

Prénom :

Date :

Signature

Cachet

Autorité administrative

Date :

Signature

Cachet

NOM..... **PRENOM**.....

LE DOSSIER EST A RETOURNER AVANT LA DATE LIMITE D'INSCRIPTION DE L'EXAMEN

La famille conserve une copie de l'intégralité du dossier (y compris les pièces jointes).

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE TRAITE.



Les aménagements sont octroyés jusqu'à l'obtention du diplôme. Si vous bénéficiez déjà d'aménagements vous n'avez pas besoin de faire cette demande pour les renouveler même en cas de redoublement. Il est important de bien conserver cette notification d'aménagement et de la présenter au moment des épreuves d'examen.

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- ☐ Formulaire transitoire de première demande dûment complété par la famille et le chef d'établissement
- ☐ Certificat médical (sous pli cacheté) établi par le médecin traitant généraliste ou spécialiste de l'élève ayant une bonne connaissance du handicap et précisant le diagnostic, la gêne fonctionnelle, la prise en charge prescrite et les aménagements à prévoir pour le déroulement des épreuves.
- ☐ S'ils ont été rédigés, copie du PPS, PAI, PAP ou PPRE en cours
- ☐ Notification des aménagements qui ont été obtenus lors des examens précédents.
- ☐ Les trois derniers bulletins scolaires.
- **Uniquement pour les troubles des apprentissages** (dyslexie, dyspraxie, dysphasie, trouble attentionnel, ...) joindre :
 - ☐ Original ou photocopie de bonne qualité de deux devoirs rédigés (français et/ou histoire-géographie) **faits en classe et notés** en précisant si elles sont rédigées avec des aménagements ou sans.
 - ☐ Le dernier bilan orthophonique **chiffré et argumenté** (antécédents de retard de langage, durée du suivi orthophonique, âge lexical ou vitesse de lecture, épreuve de lecture de mots, épreuve d'orthographe (résultats et/ou en pourcentage)

Pièces à joindre éventuellement au dossier :

- ☐ Un bilan orthoptique, un bilan fait au centre de référence du langage, un bilan psychométrique chiffré (WISC), un bilan neuropsychologique, un bilan ergothérapique, tout document que la famille juge utile pour l'instruction du dossier.
- ☐ Les **candidats scolarisés** remettent le dossier au chef d'établissement qui le transmet à l'adresse ci-dessous selon le département.
- ☐ Les **candidats libres et scolarisés au CNED** transmettent eux-mêmes le dossier selon leur département de résidence.
- ☐ En Asie : Les candidats remettent le dossier au chef d'établissement qui le transmet au médecin désigné ou au rectorat en l'absence de médecin désigné dans le pays.

OÙ ADRESSER MA DEMANDE ?

DSDEN 11	DSDEN 30	DSDEN 34
À l'attention du Médecin Conseiller Technique 67, rue Antoine Marty 11816 Carcassonne cedex 9 ce.santesocial11@ac-montpellier.fr	A l'attention du médecin désigné par la CDAPH MDPH - 176 Boulevard du Président Salvador Allende 30000 Nîmes mdph@gard.fr (préciser en objet : Aménagement aux examens)	Établissements publics : Le médecin scolaire traitera les dossiers directement au sein de l'établissement. Établissements privés : A l'attention du Médecin Conseiller Technique 31, rue de l'Université – CS 39004 34064 Montpellier cedex 2 ce.dsden34santesocial@ac-montpellier.fr
DSDEN 66	DSDEN 48	Asie
À l'attention du Médecin Conseiller Technique 45, avenue Jean Giraudoux BP 71080 66103 Perpignan cedex ce.dsden66.medeleves@ac-montpellier.fr	A l'attention du médecin désigné par la CDAPH 3, rue Chanteronne – CS 50010 48001 Mende cedex ce.dsden48@ac-montpellier.fr	Les établissements de la zone Asie transmettent les dossiers aux médecins désignés par l'autorité consulaire du pays où ils se trouvent. Le dossier complété par le médecin désigné est transmis par courriel au Médecin Conseiller Technique : ce.servmed@ac-montpellier.fr

NOM..... PRENOM.....classe.....