

## Demande d'aménagements d'épreuves à remplir par la famille

Année 2019/2020

Circulaire n° 2015-127 du 3 août 2015-B.O. de l'éducation nationale n° 31 du 27 août 2015

## IDENTITE DU CANDIDAT

NOM de naissance du candidat : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Nom usuel : ..... Lieu de naissance : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tel : ...../...../...../...../.....

Représentants légaux :  Père (Nom, prénom)  Mère (Nom, prénom)

Etablissement : ..... Classe : ..... (niveau : 3è, seconde, 1ere, terminale)

Candidat :  scolaire  apprenti  CNED  formation continue  Individuel (libre)

Examen concerné : ..... Série..... ou Spécialité.....

Dossier ouvert à l'ambassade :  Oui  Non  Ne sait pas

Mesures prises durant l'année (PAI, PAP, PPS) : copie du GEVASCO

Pièces à joindre au dossier : Bilans médicaux (sous pli confidentiel) et PAI / PAP

Si PAI / PAP : bilan orthophonique chiffré, photocopie de 2 copies rédigées, copie de la grille PAP / PAI

Bulletins des 2 dernières années

J'ai l'honneur de solliciter l'aménagement d'épreuves suivant en raison des difficultés ou handicap :

LA PRESENTE DEMANDE EST A DEPOSER AVANT LA DATE DE CLOTURE DES INSCRIPTIONS A L'EXAMEN CONCERNE

Signatures : ➤ Elève  ➤ Parents (obligatoire pour les mineurs) 

A ..... le.....

ATTENTION VOIR AU VERSO

## Demande d'aménagements d'épreuves à remplir par le chef d'établissement

**Année 2019/2020**

Circulaire n° 2015-127 du 3 août 2015-B.O. de l'éducation nationale n° 31 du 27 août 2015

**Pour les candidats scolaires, apprentis et en formation continue**

Coordonnées de l'établissement scolaire .....

.....

**NOM** du candidat : ..... **Prénom** : .....

**Elève scolarisé en classe de** : .....(libellé de formation en clair et niveau de scolarité)..

**Candidat** :  scolaire  apprenti  formation continue

**Examen concerné** : ..... Série ..... ou spécialité .....

**Dossier ouvert à l'ambassade** :  Oui  Non  Ne sait pas

**Mesures prises durant l'année (PAI, PAP, PPS) : copie du GEVASCO**

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

Pièces jointes au dossier :  Bilans médicaux sous pli confidentiel  PAI + copie des grilles  
 Si PAP : bilan orthophonique chiffré, photocopie de 2 copies rédigées, copie des grilles  
 Bulletins des 2 dernières années

INDIQUER LA TOTALITE DES TYPES D'ÉPREUVES PRÉSENTES DANS L'ENSEMBLE DES EXAMENS DU CYCLE (CCF et/ou PONCTUEL, ECA)

	Ecrit	Oral	Pratique
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations du chef d'établissement : .....

.....

**LA PRESENTE DEMANDE EST A DEPOSER AVANT LA DATE DE CLOTURE DES INSCRIPTIONS A L'EXAMEN CONCERNE**

..... A ..... le.....

**Signature du chef d'établissement :**



RÉGION ACADÉMIQUE GRAND EST  
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

**Aménagements d'épreuves – renseignements médicaux**  
**Candidats autres que scolaires**  
**2019/2020**  
**A adresser au centre d'écrit sous pli cacheté « confidentiel médical »**

**LA PRESENTE DEMANDE DOIT PARVENIR AU MEDECIN DE L'AMBASSADE AVANT LA DATE DE CLOTURE DES INSCRIPTIONS A L'EXAMEN CONCERNE**

Le médecin soussigné Nom : .....

Résidence administrative ou adresse : .....

Téléphone : .....

Concernant le candidat ci-dessous

**NOM** de naissance : ..... **Nom usuel** : .....

**Prénom** : ..... **Né(e) le** : .....

Demeurant : .....

.....

.....

Scolarisé à : ..... examen présenté : ..... Série ou spécialité.....

**Dossier ouvert à l'ambassade :**       Oui       Non       Ne sait pas

**Situation médicale justifiant l'aménagement des examens**

Diagnostic.....  
.....

Traitements, soins.....  
.....

Précisez les aménagements préconisés en fonction de la situation (exemples : octroi d'un temps supplémentaire, isolement dans une salle, mise à disposition d'un assistant scripteur)

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

**Date :**

**Signature du médecin :**