

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS DES ÉPREUVES
DU DIPLÔME NATIONAL DU BREVET ET DU CERTIFICAT DE FORMATION GÉNÉRALE**

Procédure complète

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

Ce formulaire de demande d'aménagements des conditions de passation des épreuves du DNB ou du CFG est à compléter par le candidat – ou, s'il est mineur, par ses responsables légaux – 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'aménagement 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)

IDENTITÉ DU CANDIDAT	SESSION :	
NOM de famille du candidat :	NOM d'usage du candidat :	
Prénom(s) :	Date de naissance :	
Adresse :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Code postal :	Ville :	
Téléphone :		
Adresse électronique :		
Nom et adresse du représentant légal (si différent) :		
Classe :		
Candidat :		
<input type="checkbox"/> Individuel		
<input type="checkbox"/> Scolarisé – Préciser l'établissement scolaire où est inscrit le candidat :		
Établissement :		
UAI :		
Ville :	Courriel :	
Téléphone :		
EXAMEN PRÉSENTÉ		
<input type="checkbox"/> Diplôme national du brevet		
<input type="checkbox"/> Série générale		
<input type="checkbox"/> Série professionnelle		
<input type="checkbox"/> Certificat de formation générale		
AMÉNAGEMENTS DE LA SCOLARITÉ DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE OU DE L'ANNÉE EN COURS		
Un PPS a-t-il été mis en place ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (joindre la photocopie)
Un PAI a-t-il été mis en place ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (joindre la photocopie)
Un PAP a-t-il été mis en place ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (joindre la photocopie)
L'élève bénéficie-t-il d'un AESH ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
N.B. : Seuls les aménagements conformes au règlement de l'examen sont possibles		

Aménagements sollicités par le candidat, ou s'il est mineur, ses représentants légaux	Appréciation de l'équipe pédagogique Ne concerne pas les candidats individuels	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative (codes Cyclades)
TEMPS OU ESPACE			
1. Majoration de temps			Valide la demande
1.1. Épreuves 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) :	<input type="checkbox"/> 1.1.1. <input type="checkbox"/> 1.1.2. <input type="checkbox"/> 1.1.3.	<input type="checkbox"/> 1.1.1. <input type="checkbox"/> 1.1.2. <input type="checkbox"/> 1.1.3.	<input type="checkbox"/> 1.1.1. – MH102 <input type="checkbox"/> 1.1.2. – MH101 <input type="checkbox"/> 1.1.3.
1.2. Épreuves 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) :	<input type="checkbox"/> 1.2.1. <input type="checkbox"/> 1.2.2. <input type="checkbox"/> 1.2.3.	<input type="checkbox"/> 1.2.1. <input type="checkbox"/> 1.2.2. <input type="checkbox"/> 1.2.3.	<input type="checkbox"/> 1.2.1. – MH103 <input type="checkbox"/> 1.2.2. – MH130 <input type="checkbox"/> 1.2.3.
	Observations relatives aux aménagements « Majoration de temps » :	Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable : □ Pièces justificatives insuffisantes □ Aucune pièce justificative □ Aménagements demandés sans rapport avec difficultés □ Autres motifs :	Refus à motiver :
2. Pause Elle ne peut excéder le tiers du temps prévu pour chaque épreuve.			Valide la demande
□ 2.1. – temps compensatoire pour se lever, marcher, aller aux toilettes	<input type="checkbox"/> 2.1.	<input type="checkbox"/> 2.1.	<input type="checkbox"/> 2.1. – MH118
□ 2.2. – temps compensatoire pour soins	<input type="checkbox"/> 2.2.	<input type="checkbox"/> 2.2.	<input type="checkbox"/> 2.2. – MH119
□ 2.3. – possibilité de se lever ou pause sans temps compensatoire	<input type="checkbox"/> 2.3.	<input type="checkbox"/> 2.3.	<input type="checkbox"/> 2.3. – MH120
□ 2.4. – possibilité de sortir avant la fin de la première heure (pause soin)	<input type="checkbox"/> 2.4.	<input type="checkbox"/> 2.4.	<input type="checkbox"/> 2.4. – MH121
□ 2.5. – possibilité de se lever ou pause avec temps compensatoire dans la limite d'un tiers de temps	<input type="checkbox"/> 2.5.	<input type="checkbox"/> 2.5.	<input type="checkbox"/> 2.5. – MH126

NOM : PRENOM :

Aménagements sollicités par le candidat, ou s'il est mineur, ses représentants légaux	Appréciation de l'équipe pédagogique	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative (codes Cyclades)
	Observations relatives aux aménagements « Pause » :	Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable :	Refus à motiver :
	<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 :

NOM : PRENOM :

Aménagements sollicités par le candidat, ou s'il est mineur, ses représentants légaux	Appréciation de l'équipe pédagogique	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative (codes Cyclades)
AMENAGEMENTS TECHNIQUES			
4. Aides techniques			Valide la demande
4.1. – Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion)	<input type="checkbox"/> 4.1.1. – ordinateur ou tablette du candidat <input type="checkbox"/> 4.1.2. – ordinateur fourni par le centre d'examen <input type="checkbox"/> 4.1.3. – utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe	<input type="checkbox"/> 4.1.1. <input type="checkbox"/> 4.1.2. <input type="checkbox"/> 4.1.3.	<input type="checkbox"/> 4.1.1. – MH413 <input type="checkbox"/> 4.1.2. – MH414 <input type="checkbox"/> 4.1.3. – MH405
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 avant l'épreuve leur installation.</i>			
<i>Les logiciels utilisés en classe peuvent ne pas être autorisés aux examens.</i>			
4.2. – Matériel particulier apporté par le candidat sauf ordinateur ou tablette			
(à préciser) : <input type="checkbox"/> 4.2.1. – calculatrice simple non programmable <input type="checkbox"/> 4.2.2. – machine braille <input type="checkbox"/> 4.2.3. – système HF <input type="checkbox"/> 4.2.4. – autres :	<input type="checkbox"/> 4.2.1. <input type="checkbox"/> 4.2.2. <input type="checkbox"/> 4.2.3. <input type="checkbox"/> 4.2.4.	<input type="checkbox"/> 4.2.1. <input type="checkbox"/> 4.2.2. <input type="checkbox"/> 4.2.3. <input type="checkbox"/> 4.2.4.	<input type="checkbox"/> 4.2.1. – MH402 <input type="checkbox"/> 4.2.2. – MH403 <input type="checkbox"/> 4.2.3. – MH403 <input type="checkbox"/> 4.2.4. – MH403

NOM : PRENOM :

NOM : PRENOM :

NOM : PRENOM :

Aménagements sollicités par le candidat, ou s'il est mineur, ses représentants légaux	Appréciation de l'équipe pédagogique	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative (codes Cyclades)
ADAPTATIONS ET DISPENSES			
8. Adaptations d'épreuves			Valide la demande
conformes à la réglementation en vigueur de l'examen concerné			
8.1. – adaptations générales			
<input type="checkbox"/> 8.1.1. – communication par écrit pour les épreuves orales et pratiques	<input type="checkbox"/> 8.1.1.	<input type="checkbox"/> 8.1.1.	<input type="checkbox"/> 8.1.1. – MH602
<input type="checkbox"/> 8.1.2. – passage en priorité pour les épreuves orales	<input type="checkbox"/> 8.1.2.	<input type="checkbox"/> 8.1.2.	<input type="checkbox"/> 8.1.2. – MH632
<input type="checkbox"/> 8.1.3. – Non prise en compte de la qualité rédactionnelle dont l'orthographe	<input type="checkbox"/> 8.1.3.	<input type="checkbox"/> 8.1.3	<input type="checkbox"/> 8.1.3 – MH665
<input type="checkbox"/> 8.1.4. – autres	<input type="checkbox"/> 8.1.4.	<input type="checkbox"/> 8.1.4.	<input type="checkbox"/> 8.1.4.
Précisez le type d'adaptation à l'exception des adaptations de sujets :			
.....			
.....			
8.2. – Aménagements spécifiques DNB ou CFG			
Épreuve écrite de mathématiques de technologie (DNB)			
<input type="checkbox"/> 8.2.1. – adaptation de l'exercice d'algorithme pour les candidats présentant un trouble visuel ou neuro visuel en lien avec les outils pédagogiques utilisés par le candidat	<input type="checkbox"/> 8.2.1.	<input type="checkbox"/> 8.2.1.	<input type="checkbox"/> 8.2.1. – MH627
<input type="checkbox"/> 8.2.2. – neutralisation de cet exercice	<input type="checkbox"/> 8.2.2.	<input type="checkbox"/> 8.2.2.	<input type="checkbox"/> 8.2.2. – MH628
Exercice de dictée de l'épreuve écrite de français (DNB)			
<input type="checkbox"/> 8.2.3. – adaptation pour les candidats présentant un trouble du langage écrit, orale, de la parole, de l'automatisation du langage écrit ou un trouble des fonctions auditives	<input type="checkbox"/> 8.2.3.	<input type="checkbox"/> 8.2.3.	<input type="checkbox"/> 8.2.3. – MH611
Exercice orale de soutenance de projet (DNB et CFG)			
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 8.2.4.	<input type="checkbox"/> 8.2.4.	<input type="checkbox"/> 8.2.4. – MH624
Observations relatives aux aménagements « Adaptations épreuves » :			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

NOM : PRENOM :

Aménagements sollicités par le candidat, ou s'il est mineur, ses représentants légaux	Appréciation de l'équipe pédagogique Ne concerne pas les candidats individuels	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative (codes Cyclades)
<p>9. Dispenses de partie d'épreuves ou d'épreuves</p> <p><input type="checkbox"/> 9.1. – dispense de l'exercice de tâche cartographique pour l'épreuve écrite d'histoire géographie et enseignement moral et civique (DNB)</p> <p><input type="checkbox"/> 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 » (<u>candidats scolaires</u>) (DNB et CFG)</p> <p><input type="checkbox"/> 9.3. – dispense de l'épreuve de langue vivante étrangère (<u>candidats individuels</u>) (DNB)</p>	<input type="checkbox"/> 9.1. <input type="checkbox"/> 9.2. <input type="checkbox"/> 9.3.	<input type="checkbox"/> 9.1. <input type="checkbox"/> 9.2. <input type="checkbox"/> 9.3.	Valide la demande <input type="checkbox"/> 9.1. – MH633 <input type="checkbox"/> 9.2. – MH634 <input type="checkbox"/> 9.3. – MH635

ÉTALEMENT D'ÉPREUVES OU CONSERVATION DE NOTES

10. Étalement du passage des épreuves :			Valide la demande
<p><input type="checkbox"/> 10.1. – la même année</p> <p><input type="checkbox"/> 10.1.1. – épreuves organisées en juin (lister les épreuves prévues à cette date) :</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 10.1.2. – épreuves organisées en septembre (lister les épreuves prévues à cette date) :</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> 10.1. <input type="checkbox"/> 10.1.1.	<input type="checkbox"/> 10.1. <input type="checkbox"/> 10.1.1.	<input type="checkbox"/> 10.1. <input type="checkbox"/> 10.1.1. – MH610
	<input type="checkbox"/> 10.1.2.	<input type="checkbox"/> 10.1.2.	<input type="checkbox"/> 10.1.2. – MH610

NOM : PRENOM :

NOM : PRENOM :

RÉCAPITULATIF DES AMÉNAGEMENTS SOLICITÉS PAR LE CANDIDAT

Je soussigné(e)

sollicite les aménagements d'examens suivants (préciser le nombre d'aménagement 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 (pour les candidats mineurs)

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 :