



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

CANDIDAT

NOM : PRENOM : Né(e) le :

NOM et PRENOM du représentant légal pour les candidats mineurs :

Adresse personnelle : tél domicile :

..... tél portable :

..... email :

A déjà bénéficié d'aménagement d'examen non oui ⇨ pour l'examen : année :

A déjà un dossier à la MDPH (préciser le département):

ETABLISSEMENT FREQUENTE

NOM ETABLISSEMENT :

Adresse ou cachet de l'établissement:

..... tél. :

..... fax :

..... email :

**CANDIDAT A L'EXAMEN (indiquer avec précision la nature, la spécialité de l'examen et
s'il comporte des épreuves pratiques ou en atelier)**

Je soussigné(e), sollicite
un aménagement des conditions d'examen, conformément aux dispositions du décret 2005-1617 du 21/12/05.

Je joins au présent imprimé :

- ✓ Un certificat médical **détaillé** du médecin scolaire de l'établissement, du médecin spécialiste ou du médecin traitant, sous pli cacheté, à l'attention du médecin désigné par la **CDAPH**. (annexe 2)
- ✓ Un bilan orthophonique **récent** et **chiffré** ou neuro-psychologique **récent** pour les personnes présentant un trouble du langage oral ou écrit.

A : Le :

Signature du candidat ou de son représentant légal :

NB : La demande d'aménagements doit être déposée au plus tard dans un délai de deux mois avant l'inscription à l'examen concerné.