

**INFORMATIONS POUR UNE DEMANDE D'AMENAGEMENT DES CONDITIONS  
D'EXAMENS :**

A REMPLIR PAR LA FAMILLE OU PAR L'ÉLÈVE MAJEUR

Informations relatives au candidat

**NOM :** **Prénom :** **Date de naissance**

Adresse :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse mail de l'élève majeur ou des parents:

Examen préparé : Niveau de classe :

Etablissement scolaire :

Ville de l'établissement :

**Diagnostic du handicap ou de la pathologie** pour lequel vous demandez l'aménagement des conditions d'examens

Autres antécédents médicaux :

Service hospitalier, de soins ou professionnel qui suit l'élève :

- Si demandes d'aménagements antérieures, **quels examens** :

**Accord ?**  Oui  Non **Si oui, fournir la notification du service des examens**

-**Redoublements** pendant la scolarité :  Oui  Non Si oui, quelle(s) classe(s) :

-**Scolarité particulière** dans le parcours : à préciser : lieu et durée (ULIS, établissement spécialisé, CNED, autres) :

-**Suivi orthophonique** :  Oui  Non

Depuis quel âge et jusqu'à quel âge :

- Votre enfant a-t-il eu un **retard de langage** pendant la petite enfance :  Oui  Non

-**Aménagements dans l'établissement** :

-**professeurs informés** de la pathologie/handicap :  Oui  Non

-**aménagement des contrôles et devoirs sur table** :  Oui  Non  oui, préciser

-**matériel adapté** mis en place :  Oui  Non  Si oui, préciser :

-**autres aménagements** mis en place par l'équipe pédagogique: Si oui, préciser :

-**Dossier MDPH** :  Oui  Non

-**Présence d'un AVS** (Auxiliaire de Vie Scolaire) :  Oui  Non

-**PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) :  Oui (fournir copie)  Non

-**PPS** (Projet Personnalisé de Scolarité) :  Oui (fournir copie)  Non

-**PAP** (Plan d'Accompagnement Personnalisé) :  Oui (fournir copie)  Non

-**Avez-vous rencontré le médecin scolaire** :  Oui  Non

-**Difficultés rencontrées** (à décrire) :