



MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Département :

**Demande d'aménagement des épreuves d'examen
pour cause de situation de handicap**

(Candidats atteints d'un handicap tel que défini à l'article L.114 du code de l'action sociale et des familles)

NOM USUEL : Prénom :

NOM PATRONYMIQUE :

Date de naissance :

Adresse : ☎ :

Scolarisé au : (nom et adresse de l'établissement).....
..... ☎ :

Diplôme postulé (cocher la case correspondante) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brevet de technicien supérieur | <input type="checkbox"/> Brevet professionnel |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat général | <input type="checkbox"/> Brevet d'Etudes Professionnelles |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat technologique | <input type="checkbox"/> Certificat d'Aptitude Professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Epreuves anticipées | <input type="checkbox"/> Diplôme National du Brevet - CFG |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat Professionnel | <input type="checkbox"/> Autre examen |

Précisez la série ou la spécialité selon l'examen :

**demande à bénéficier des dispositions règlementaires relatives aux aménagements
d'examens ou concours de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur.**

Date : le.....
Signature de la famille
ou de l'élève majeur

Cette demande est à joindre au dossier qui sera adressé au médecin de l'éducation nationale en charge
de l'établissement où l'élève est scolarisé