

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENTS DES EPREUVES
BREVET DE TECHNICIEN SUPERIEUR
DIPLOMES COMPTABLES SUPERIEURS
Procédure complète

FORMULAIRE A RENSEIGNER AU PLUS TARD AVANT LA DATE LIMITE DES INSCRIPTIONS

Ce formulaire est à compléter par le candidat - ou par ses représentants légaux s'il est mineur - et par l'équipe pédagogique.

- **Le chef d'établissement le transmet au Médecin de l'établissement ou de secteur** pour avis. Le dossier complet sans les pièces médicales est transmis **par voie postale** au pôle aménagement (Rectorat de l'académie de Normandie – Pole Aménagement des Epreuves BTS – 25 rue de Fontenelle 76000 Rouen).

- **En l'absence de médecin**, l'établissement transmet directement **par voie postale** le dossier complet accompagné des pièces médicales sous pli fermé à la DECSUP (adresse ci-dessus mentionnée). Cela concerne notamment les établissements d'enseignement privé hors contrat (CFA,...).

- **Les candidats non scolarisés (individuels)** transmettent directement **par voie postale** leur dossier complet accompagné des pièces médicales sous pli fermé à la DECSUP (adresse ci-dessus mentionnée).

- **En cas d'échec à l'examen**, les aménagements accordés lors de la précédente session sont reconduits à l'identique. Pour une demande d'aménagement(s) différent(s), une nouvelle procédure doit être effectuée.

Adresse pour l'envoi des dossiers :

Rectorat de la région académique Normandie
Pôle aménagements des épreuves *DEC SUP*
25 rue de Fontenelle 76000 Rouen

Nom Prénom du REFERENT « aménagements » : **mel :** **tél. :**

Actuellement, le candidat :

- Ne dispose d'aucun aménagement sur le temps scolaire**
 Dispose d'aménagements sur le temps scolaire mais souhaite des aménagements complémentaires

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM de famille du candidat : NOM d'usage du candidat :

Prénom(s) : Date de naissance : Sexe : F M

Adresse :

Tél :

Adresse électronique :

Nom et adresse du représentant légal (si différent) :

.....

Candidat :

- Individuel
 Bénéficiaire de la RQTH
 Scolarisé – préciser l'établissement scolaire où est inscrit le candidat
 Apprenti – préciser le centre de formation où est inscrit le candidat
 Stagiaire de la formation professionnelle continue – préciser le centre de formation

Etablissement (précise l'établissement scolaire où est inscrit le candidat) :

Ville : Tél. : Courriel :

EXAMEN PRESENTE

- Brevet de technicien supérieur (BTS) Spécialité :
 1ere année
 2e année
 Diplôme de comptabilité et de gestion :
 Diplôme supérieur de comptabilité et de gestion

NOM.....PRENOM

AMENAGEMENTS DE LA SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE OU DE L'ANNEE EN COURS

Un PPS a-t-il été mis en place ? oui non *(joindre photocopie)*

Un PAI a-t-il été mis en place ? oui non *(joindre photocopie)*

Un PAP a-t-il été mis en place ? oui non *(joindre photocopie)*

L'élève bénéficie-t-il d'un AESH ? oui non

***NB : seuls les aménagements conformes
au règlement de l'examen sont possibles***

NOM.....PRENOM

| Aménagements sollicités par <u>le candidat ou son représentant légal</u> | Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i> | Avis du médecin désigné par la CDAPH | Réservé à la décision de l'autorité administrative |
|--|---|---|---|
| TEMPS OU ESPACE | | | |
| <p>1. Majoration de temps</p> <p>1/3 temps :</p> <p><input type="checkbox"/> 1.1- Epreuves écrites</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2- Epreuves orales</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3- Préparation des épreuves orales</p> <p><input type="checkbox"/> 1.4- Epreuves pratiques</p> | <p><input type="checkbox"/> 1.1</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3</p> <p><input type="checkbox"/> 1.4</p> | <p><input type="checkbox"/> 1.1</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3</p> <p><input type="checkbox"/> 1.4</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes</p> <p><input type="checkbox"/> aucune pièce justificative</p> <p><input type="checkbox"/> aménagements demandés sans rapport avec difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> autres motifs :</p> | <p><input type="checkbox"/> 1.1 – MH102</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2 – MH103</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3 – MH104</p> <p><input type="checkbox"/> 1.4- MH105</p> <p>Refus à motiver :</p> |
| <p>2. Pause</p> <p>Elle ne peut excéder le tiers du temps prévu pour chaque épreuve.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1 – temps compensatoire pour se lever, marcher, aller aux toilettes</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2 – temps compensatoire pour soins</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3 – possibilité de se lever ou pause sans temps compensatoire</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4 – possibilité de sortir avant la fin de la première heure (pause, soin)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.5 – possibilité de se lever ou pause avec temps compensatoire dans la limite d'un tiers temps</p> | <p><input type="checkbox"/> 2.1</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4</p> <p><input type="checkbox"/> 2.5</p> <p>Observations :</p> | <p><input type="checkbox"/> 2.1</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4</p> <p><input type="checkbox"/> 2.5</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes</p> <p><input type="checkbox"/> aucune pièce justificative</p> <p><input type="checkbox"/> aménagements demandés sans rapport avec difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> autres motifs :</p> | <p><input type="checkbox"/> 2.1 – MH118</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2 – MH119</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3 – MH120</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4 – MH121</p> <p><input type="checkbox"/> 2.5 – MH126</p> <p>Refus à motiver :</p> |

NOM.....PRENOM

| Aménagements sollicités par <u>le candidat ou son représentant légal</u> | Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i> | Avis du médecin désigné par la CDAPH | Réservé à la décision de l'autorité administrative |
|---|--|--|--|
| <p>3 - Locaux, installation de la salle (à préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/>3.1 – accès facile aux sanitaires, possibilité de s'y rendre dès la 1^{ère} heure</p> <p><input type="checkbox"/>3.2 – proximité de l'infirmerie</p> <p><input type="checkbox"/>3.3 – accessibilité des locaux (RDC ou accès ascenseur)</p> <p><input type="checkbox"/>3.4 – accessibilité des locaux fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/>3.5 – proximité d'une prise de courant</p> <p><input type="checkbox"/>3.6 – conditions particulières d'éclairage à préciser :</p> <p><input type="checkbox"/>3.7 - poste de travail ou mobilier adapté à préciser :</p> <p><input type="checkbox"/>3.8 – salle à faible effectif</p> <p><input type="checkbox"/>3.9 - seul dans une salle (situation exceptionnelle)</p> <p>Observations :</p> | <p><input type="checkbox"/>3.1</p> <p><input type="checkbox"/>3.2</p> <p><input type="checkbox"/>3.3</p> <p><input type="checkbox"/>3.4</p> <p><input type="checkbox"/>3.5</p> <p><input type="checkbox"/>3.6</p> <p><input type="checkbox"/>3.7</p> <p><input type="checkbox"/>3.8</p> <p><input type="checkbox"/>3.9</p> | <p><input type="checkbox"/>3.1</p> <p><input type="checkbox"/>3.2</p> <p><input type="checkbox"/>3.3</p> <p><input type="checkbox"/>3.4</p> <p><input type="checkbox"/>3.5</p> <p><input type="checkbox"/>3.6</p> <p><input type="checkbox"/>3.7</p> <p><input type="checkbox"/>3.8</p> <p><input type="checkbox"/>3.9</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes</p> <p><input type="checkbox"/> aucune pièce justificative aménagements demandés sans rapport avec difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> autres motifs :</p> | <p><input type="checkbox"/>3.1 – MH201</p> <p><input type="checkbox"/>3.2 – MH 202</p> <p><input type="checkbox"/>3.3 – MH 204 ou 205</p> <p><input type="checkbox"/>3.4 – MH206</p> <p><input type="checkbox"/>3.5 – MH 207</p> <p><input type="checkbox"/>3.6 – MH 209</p> <p><input type="checkbox"/>3.7 – MH211</p> <p><input type="checkbox"/>3.8 – MH 214</p> <p><input type="checkbox"/>3.9 – MH212</p> <p>Refus à motiver :</p> |

AMENAGEMENTS TECHNIQUES

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Aides techniques</p> <p>4.1 - Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion)</p> <p><input type="checkbox"/>4.1.1 – ordinateur ou tablette du candidat</p> <p><input type="checkbox"/>4.1.2 – ordinateur fourni par le centre d'examen</p> <p><input type="checkbox"/>4.1.3 – utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe</p> <p><i>Les logiciels utilisés en classe peuvent ne pas être autorisés aux examens</i></p> <p>4.2 – Matériel particulier apporté par le candidat (sauf ordinateur ou tablette)</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.1 – calculatrice simple non programmable</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.2 – machine braille</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.3 – système HF</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.4 – autres :</p> | <p><input type="checkbox"/>4.1 1</p> <p><input type="checkbox"/>4.1.2</p> <p><input type="checkbox"/>4.1.3</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.1</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.2</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.3</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.4</p> <p>Observations :</p> | <p><input type="checkbox"/>4.1 1</p> <p><input type="checkbox"/>4.1.2</p> <p><input type="checkbox"/>4.1.3</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.1</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.2</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.3</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.4</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes</p> <p><input type="checkbox"/> aucune pièce justificative</p> <p><input type="checkbox"/> aménagements demandés sans rapport avec difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> autres motifs :</p> | <p><input type="checkbox"/>4.1 1 – MH413</p> <p><input type="checkbox"/>4.1.2 – MH414</p> <p><input type="checkbox"/>4.1.3 – MH405</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.1- MH402</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.2 – MH403</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.3 – MH403</p> <p><input type="checkbox"/>4.2.4 – MH403</p> <p>Refus à motiver :</p> |
|--|--|--|---|

NOM.....PRENOM

| Aménagements sollicités par <u>le candidat ou son représentant légal</u> | Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i> | Avis du médecin désigné par la CDAPH | <i>Réservé à la décision de l'autorité administrative</i> |
|---|---|---|---|
| <p>5 - Mise en forme des sujets <u>Indiquer 1 seul aménagement</u></p> <p><input type="checkbox"/> 5.1 – sujet en braille integral <u>OU</u></p> <p><input type="checkbox"/> 5.2 – sujet en braille abrégé</p> <p><input type="checkbox"/> 5.3 – sujet en caractères agrandis - Arial 16 <u>OU</u></p> <p><input type="checkbox"/> 5.4 – sujet en caractères agrandis - Arial 20 <u>OU</u></p> <p><input type="checkbox"/> 5.5 - sujet en A3</p> <p><input type="checkbox"/> 5.6 – sujet en pdf. <u>non modifiable</u> (clé USB)</p> <p><input type="checkbox"/> 5.7 - autres :</p> | <p><input type="checkbox"/> 5.1</p> <p><input type="checkbox"/> 5.2</p> <p><input type="checkbox"/> 5.3</p> <p><input type="checkbox"/> 5.4</p> <p><input type="checkbox"/> 5.5</p> <p><input type="checkbox"/> 5.6</p> <p><input type="checkbox"/> 5.7</p> <p>Observations :</p> | <p><input type="checkbox"/> 5.1</p> <p><input type="checkbox"/> 5.2</p> <p><input type="checkbox"/> 5.3</p> <p><input type="checkbox"/> 5.4</p> <p><input type="checkbox"/> 5.5</p> <p><input type="checkbox"/> 5.6</p> <p><input type="checkbox"/> 5.7</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes</p> <p><input type="checkbox"/> aucune pièce justificative</p> <p><input type="checkbox"/> aménagements demandés sans rapport avec difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> autres motifs :</p> | <p><input type="checkbox"/> 5.1 – MH301</p> <p><input type="checkbox"/> 5.2 – MH302</p> <p><input type="checkbox"/> 5.3 – MH310</p> <p><input type="checkbox"/> 5.4 – MH303</p> <p><input type="checkbox"/> 5.5 – MH304</p> <p><input type="checkbox"/> 5.6 – MH306</p> <p><input type="checkbox"/> 5.7 -</p> <p>Refus à motiver :</p> |
| <p>6- Communication</p> <p><input type="checkbox"/> 6.1 - Port par le surveillant du système HF pour les épreuves écrites et /ou orales</p> <p><input type="checkbox"/> 6.2 - En cas de consignes orales, celles-ci devront être données à voix haute en articulant, le surveillant se plaçant face au candidat</p> <p><input type="checkbox"/> 6.3 Consignes orales données par écrit</p> <p><input type="checkbox"/> 6.4 - Autres (à préciser)</p> | <p><input type="checkbox"/> 6.1</p> <p><input type="checkbox"/> 6.2</p> <p><input type="checkbox"/> 6.3</p> <p><input type="checkbox"/> 6.4</p> <p>Observations :</p> | <p><input type="checkbox"/> 6.1</p> <p><input type="checkbox"/> 6.2</p> <p><input type="checkbox"/> 6.3</p> <p><input type="checkbox"/> 6.4</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes</p> <p><input type="checkbox"/> aucune pièce justificative</p> <p><input type="checkbox"/> aménagements demandés sans rapport avec difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> autres motifs :</p> | <p><input type="checkbox"/> 6.1 – MH401</p> <p><input type="checkbox"/> 6.2 – MH508</p> <p><input type="checkbox"/> 6.3 – MH601</p> <p><input type="checkbox"/> 6.4</p> <p>Refus à motiver :</p> |

NOM.....PRENOM

| Aménagements sollicités par <u>le candidat ou son représentant légal</u> | Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i> | Avis du médecin désigné par la CDAPH | Réservé à la décision de l'autorité administrative (codes Cyclades) |
|---|---|---|---|
| AIDES HUMAINES | | | |
| <p>Aides humaines 7 - Nom, prénom, qualité de la personne envisagée si elle est connue (AESH, enseignants) :</p> <p><input type="checkbox"/> 7.1 – secrétaire lecteur</p> <p><input type="checkbox"/> 7.2 – secrétaire scripteur</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3 – assistant</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.1 - Reformulation des consignes</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.2 - Séquençage des consignes complexes</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.3 - Explicitation des sens second et métaphorique</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.4 - autre (préciser)</p> <p><input type="checkbox"/> 7.4 – assistance d'un enseignant spécialisé trouble de la fonction auditive</p> <p><input type="checkbox"/> 7.5 - Assistance d'un interprète en langue des signes française (LSF) pour les épreuves orales uniquement</p> <p><input type="checkbox"/> 7.6 - Assistance d'un codeur en langue française parlée complétée (LfPC)</p> <p><input type="checkbox"/> 7.7 – Assistance d'un AESH</p> | <p><input type="checkbox"/> 7.1</p> <p><input type="checkbox"/> 7.2</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.1</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.2</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.3</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.4</p> <p><input type="checkbox"/> 7.4</p> <p><input type="checkbox"/> 7.5</p> <p><input type="checkbox"/> 7.6</p> <p><input type="checkbox"/> 7.7</p> <p>Observations :</p> | <p><input type="checkbox"/> 7.1</p> <p><input type="checkbox"/> 7.2</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.1</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.2</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.3</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.4</p> <p><input type="checkbox"/> 7.4</p> <p><input type="checkbox"/> 7.5</p> <p><input type="checkbox"/> 7.6</p> <p><input type="checkbox"/> 7.7</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes</p> <p><input type="checkbox"/> aucune pièce justificative</p> <p><input type="checkbox"/> aménagements demandés sans rapport avec difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> autres motifs :</p> | <p><input type="checkbox"/> 7.1 – MH512</p> <p><input type="checkbox"/> 7.2 – MH513</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.1 – MH521</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.2 – MH522</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.3 – MH523</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.4</p> <p><input type="checkbox"/> 7.4 – MH502</p> <p><input type="checkbox"/> 7.5 – MH503</p> <p><input type="checkbox"/> 7.6 – MH504</p> <p><input type="checkbox"/> 7.7 – MH514</p> <p>Refus à motiver :</p> |

NOM.....PRENOM

| Aménagements sollicités par <u>le candidat ou son représentant légal</u> | Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i> | Avis du médecin désigné par la CDAPH | Réservé à la décision de l'autorité administrative |
|--|---|--|---|
| ADAPTATIONS ET DISPENSES | | | |
| <p>8- Adaptations d'épreuves conformes à la réglementation en vigueur de l'examen concerné</p> <p><input type="checkbox"/> 8.1 – communication par écrit pour les épreuves orales et pratiques</p> <p><input type="checkbox"/> 8.2 – passage en priorité pour les épreuves orales</p> <p><input type="checkbox"/> 8.3 – Autres</p> <p><i>Préciser le type d'adaptation à l'exception des adaptations de sujets :</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p><input type="checkbox"/> 8.1</p> <p><input type="checkbox"/> 8.2</p> <p><input type="checkbox"/> 8.3</p> <p>Observations :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p><input type="checkbox"/> 8.1</p> <p><input type="checkbox"/> 8.2</p> <p><input type="checkbox"/> 8.3</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes</p> <p><input type="checkbox"/> aucune pièce justificative</p> <p><input type="checkbox"/> aménagements demandés sans rapport avec difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> non conforme à la réglementation</p> <p><input type="checkbox"/> autres motifs :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p><input type="checkbox"/> 8.1 – MH602</p> <p><input type="checkbox"/> 8.2 – MH632</p> <p><input type="checkbox"/> 8.3</p> <p>Refus à motiver :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>9- Dispenses :</p> <p>Rappel : il n'existe <u>aucune dispense</u> d'épreuve en BTS</p> | | | |

NOM.....PRENOM

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| Aménagements sollicités par <u>le candidat ou son représentant légal</u> | Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i> | Avis du médecin désigné par la CDAPH | Réservé à la décision de l'autorité administrative |
|--|--|--------------------------------------|--|

RECAPITULATIF DES AMENAGEMENTS SOLLICITES PAR LE CANDIDAT

Je soussigné(e) **sollicite les aménagements d'examens suivants** (préciser le nombre d'aménagements cochés) :

J'atteste que cette demande d'aménagements d'examen est faite par mes soins et en pleine responsabilité.

Fait à : **Le**

NOM Prénom :

Signature du candidat

Signature des responsables légaux (pour les candidats mineurs)

Chef d'établissement

NOM :

Prénom :

Cachet de l'établissement

Date :

Signature

Médecin désigné par la CDAPH

NOM :

Prénom :

Date :

Cachet

Signature

Cachet

Autorité administrative

Date :

Signature

NOM.....PRENOM