

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

**FORMULAIRE A RENSEIGNER POUR LE 15 DECEMBRE 2021**

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** à la DECSUP (Rectorat de l'académie de Normandie - Périmètre de Caen - DECSUP - 168, rue Caponière - BP 46184 - 14061 CAEN).

- **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.

Actuellement, le candidat :

**Ne dispose d'aucun aménagement sur le temps scolaire**

**Dispose d'aménagements sur le temps scolaire mais souhaite des aménagements complémentaires**

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  
 Scolarisé

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

Ville : ..... Tél. : ..... Courriel : .....

**EXAMEN PRESENTE (INDIQUER LA SPECIALITE EN TOUTES LETTRES)**

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

**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 du PPS ou de la notification de la MDPH ou document GEVASCO visé et signé par le chef d'établissement)*
- 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 avec la fiche de synthèse médicale signée)*
- L'élève bénéficie-t-il d'un AESH ?  oui  non

NOM.....PRENOM

Aménagements sollicités par <u>le candidat ou son</u> <u>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
<b>TEMPS OU ESPACE</b>			
<p><b>1. Majoration de temps</b> <i>(dans la limite d'un 1/3 temps)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.1 - Préparation des épreuves orales ou pratiques</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.2 - Epreuves écrites</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.3 - Epreuves orales</p> <p><input type="checkbox"/> <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><b>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</b> pièces justificatives insuffisantes aucune pièce justificative aménagements demandés sans rapport avec difficultés autres motifs :</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><b>Refus à motiver :</b> .....</p>
<p><b>2. Pause</b> <b>Possibilité de se déplacer, de sortir, de se restaurer et/ou de bénéficier de soins (avec temps compensatoire y compris pendant la 1<sup>ère</sup> heure)</b> Elle ne peut excéder le tiers du temps prévu pour chaque épreuve.</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p> <p>Observations : .....</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><b>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</b> pièces justificatives insuffisantes aucune pièce justificative aménagements demandés sans rapport avec difficultés <input type="checkbox"/> autres motifs :</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><b>Refus à motiver :</b> .....</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><b>3 - Locaux, installation de la salle</b> (à préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/>3.1 – accès facile aux sanitaires, possibilité de s'y rendre dès la 1<sup>ère</sup> heure</p> <p><input type="checkbox"/>3.2 – proximité de l'infirmierie</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 – conditions particulières d'éclairage à préciser :</p> <p><input type="checkbox"/>3.6 - poste de travail ou mobilier adapté à préciser : .....</p> <p><input type="checkbox"/>3.7 – salle à faible effectif</p> <p><input type="checkbox"/>3.8 - 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"/>3.1</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><b>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</b> pièces justificatives insuffisantes <input type="checkbox"/> aucune pièce justificative aménagement demandé sans rapport avec difficultés <input type="checkbox"/> autres motifs : ..... ..... .....</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><b>Refus à motiver :</b> ..... ..... ..... ..... .....</p>

**AMENAGEMENTS TECHNIQUES**

<p><b>Aides techniques</b></p> <p><b>4.1 - Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion)</b></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>A préciser : ..... ..... .....</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>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><b>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</b> pièces justificatives insuffisantes <input type="checkbox"/> aucune pièce justificative aménagement demandé sans rapport avec difficultés <input type="checkbox"/> autres motifs : ..... ..... .....</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>
---	--	--	--

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><b>5 - Mise en forme des sujets</b></p> <p><u>Indiquer 1 seul aménagement</u></p> <p><input type="checkbox"/> 5.1 – sujet en braille intégral <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>.....</p> <p>.....</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</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><b>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</b></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>.....</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><b>Refus à motiver :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>6- Communication</b></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><b>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</b></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>.....</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><b>Refus à motiver :</b></p> <p>.....</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 <i>(codes Cyclades)</i>
<b>AIDES HUMAINES</b>			
<p><b>Aides humaines</b> 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 - Explication 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 interprète en langue des signes française (LSF) pour les épreuves orales uniquement</p> <p><input type="checkbox"/> 7.5 - Assistance d'un codeur en langue française parlée complétée (LfPC)</p> <p><input type="checkbox"/> 7.6 – Assistant Vie Scolaire (habituellement en charge de l'aide)</p> <p><input type="checkbox"/> 7.7 – Autres :</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>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><b>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</b></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</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><b>Refus à motiver :</b> ..... ..... .....</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
<b>ADAPTATIONS ET DISPENSES</b>			
<p><b>8- Adaptations d'épreuves</b> conformes à la réglementation en vigueur de l'examen concerné</p> <p><input type="checkbox"/> <b>8.1</b> – aménagements oraux en épreuves écrites</p> <p><input type="checkbox"/> <b>8.2</b> – épreuves orales possibilités de réponses écrites</p> <p><input type="checkbox"/> <b>8.3</b> – Ecoute supplémentaire</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>8.1</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>8.2</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>8.3</b></p> <p>Observations : ..... ..... .....</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>8.1</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>8.2</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>8.3</b></p> <p><b>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</b></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><input type="checkbox"/> <b>8.1</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>8.2</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>8.3</b></p> <p><b>Refus à motiver :</b> ..... ..... .....</p>
<p><b>9- Dispenses :</b></p> <p><b>Rappel : il n'existe <u>aucune dispense</u> d'épreuve en BTS</b></p>			

NOM.....PRENOM

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

**RECAPITULATIF DES AMENAGEMENTS SOLLICITES PAR LE CANDIDAT**

**Je soussigné(e)** ..... **sollicite les aménagements d'exams  
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

## **FICHE DE LIAISON - INFORMATIONS MÉDICALES**

**A JOINDRE AU FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENT(S) DE LA PROCEDURE COMPLETE**

**À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT (GÉNÉRALISTE OU SPÉCIALISTE)**  
**ET A REMETTRE A LA FAMILLE SOUS PLI CONFIDENTIEL**  
**À L'ATTENTION DU MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR LA CDAPH**

Conformément aux dispositions réglementaires, tout élève en situation de handicap et/ou présentant au moment des épreuves une déficience, une incapacité ou un désavantage, peut bénéficier d'adaptation(s) d'épreuve(s).

Pour permettre l'instruction du dossier de l'élève, par le médecin désigné par la CDAPH, **vous voudrez bien compléter l'imprimé ci-dessous et le remettre à la famille sous pli cacheté.**

Nom et prénom du candidat : .....

Date de naissance : .....

- Établissement de formation (Nom et Adresse) : .....

- Candidat individuel : ..... Oui ..... Non ..... (rayer la mentions inutile.)

- Examen présenté : ..... Spécialité : ..... Session : 2022

### **Médecin traitant (généraliste ou spécialiste)**

Dr ..... spécialité : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Adresse électronique : .....

### ➤ **Pathologie et/ou handicap justifiant une demande d'aménagement(s) :**

En cas de **trouble des apprentissages** (dyslexie, dysphasie, dysorthographe, dyspraxie....) joindre **obligatoirement l'ensemble des bilans médicaux et paramédicaux** (orthophonique, neuropsychologue, ergothérapeute ...)

### ➤ **Retentissement(s) fonctionnel(s) des troubles présentés par le candidat gêner l'élève pendant les épreuves de l'examen :**

### ➤ **Traitement en cours pouvant être mis en œuvre pendant l'épreuve :**

**Merci de joindre les comptes-rendus médicaux justifiant les aménagements demandés.**

A ....., le .....

Signature et cachet du Médecin

NOM.....PRENOM.....