

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES DU

BTS

Procédure complète

FORMULAIRE À RENSEIGNER AU PLUS TARD AVANT LA DATE LIMITE D'INSCRIPTION À L'EXAMEN

Ce formulaire de demande d'aménagements des conditions de passation des épreuves du BTS est à compléter par les représentants légaux du candidat ou le candidat s'il est majeur et par l'équipe pédagogique. En cas d'échec à l'examen, les aménagements accordés lors de la précédente session sont reconduits à l'identique. Pour une demande d'aménagements différents de ceux accordés au cours de la scolarité, une procédure complète doit être transmise.

Actuellement le candidat :

- ☐ **Ne dispose d'aucun aménagement sur le temps scolaire**
☐ **Dispose d'aménagements sur le temps scolaire mais souhaite des aménagements complémentaires**
☐ **Présente une limitation temporaire d'activité (les aménagements accordés ne seront pas reconduits l'année suivante)**

IDENTITÉ 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) :

 Classe :
 Candidat :
☐ Individuel
☐ Bénéficiaire RQTH
☐ Scolarisé – Précisez l'établissement scolaire où est inscrit le candidat
☐ Apprenti - Précisez l'établissement scolaire où est inscrit le candidat
☐ Stagiaire de la formation professionnelle continue - Précisez le centre de formation où est inscrit le candidat

 Ville : Tél : Courriel :

EXAMEN PRÉSENTÉ

Précisez la spécialité du BTS:

.....

AMÉNAGEMENTS DE LA SCOLARITÉ DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE OU DE L'ANNÉE EN COURS

Un PPS a-t-il été mis en place ?	☐	Oui	☐	Non	(joindre la photocopie)
Un PAI a-t-il été mis en place ?	☐	Oui	☐	Non	(joindre la photocopie)
Un PAP a-t-il été mis en place ?	☐	Oui	☐	Non	(joindre la photocopie)
L'élève bénéficie-t-il d'un AESH ?	☐	Oui	☐	Non	

N.B. : Seuls les aménagements conformes au règlement d'examen sont possibles

NOM : PRÉNOM :

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique Ne concerne pas les candidats individuels	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
TEMPS OU ESPACE			
1. Temps majoré 1.1 Épreuves écrites ☐ 1.1.1 - tiers temps ☐ 1.1.2 – mi-temps pour situation exceptionnelle ☐ 1.1.3 - temps inférieur au tiers temps (à préciser) 1.2 Épreuves orales ☐ 1.2.1 – tiers temps ☐ 1.2.2 – mi-temps pour situation exceptionnelle ☐ 1.2.3 – temps inférieur au tiers temps (à préciser) 1.3 Préparation des épreuves orales ☐ 1.3.1 - tiers temps ☐ 1.3.2 – mi-temps pour situation exceptionnelle ☐ 1.3.3 – temps inférieur au tiers temps (à préciser) 1.4 Épreuves pratiques ☐ 1.4.1 – tiers temps ☐ 1.4.2 – mi-temps pour situation exceptionnelle ☐ 1.4.3 – temps inférieur au tiers temps (à préciser) 1.5 Préparation des épreuves pratiques ☐ 1.5.1 – tiers temps ☐ 1.5.2 – temps inférieur au tiers temps (à préciser)	☐ 1.1.1 ☐ 1.1.2 ☐ 1.1.3 ☐ 1.2.1 ☐ 1.2.2 ☐ 1.2.3 ☐ 1.3.1 ☐ 1.3.2 ☐ 1.3.3 ☐ 1.4.1 ☐ 1.4.2 ☐ 1.4.3 ☐ 1.5.1 ☐ 1.5.2 Observations :	☐ 1.1.1 ☐ 1.1.2 ☐ 1.1.3 ☐ 1.2.1 ☐ 1.2.2 ☐ 1.2.3 ☐ 1.3.1 ☐ 1.3.2 ☐ 1.3.3 ☐ 1.4.1 ☐ 1.4.2 ☐ 1.4.3 ☐ 1.5.1 ☐ 1.5.2 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ Pièces justificatives insuffisantes ☐ Aucune pièce justificative ☐ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ☐ Autres motifs	Valide la demande ☐ 1.1.1 – MH102 ☐ 1.1.2 – MH101 ☐ 1.1.3 ☐ 1.2.1 – MH103 ☐ 1.2.2 – MH130 ☐ 1.2.3 ☐ 1.3.1 – MH104 ☐ 1.3.2 – MH131 ☐ 1.3.3 ☐ 1.4.1 – MH105 ☐ 1.4.2 – MH132 ☐ 1.4.3 ☐ 1.5.1 – MH129 ☐ 1.5.2 Refus à motiver :
2. Pause Elle ne peut excéder le tiers du temps prévu pour chaque épreuve ☐ 2.1 – temps compensatoire pour se lever, marcher, aller aux toilettes ☐ 2.2 – temps compensatoire pour soins ☐ 2.3 – possibilité de se lever ou pause sans temps compensatoire	☐ 2.1 ☐ 2.2 ☐ 2.3	☐ 2.1 ☐ 2.2 ☐ 2.3	Valide la demande ☐ 2.1 – MH118 ☐ 2.2 – MH119 ☐ 2.3 – MH120

NOM : PRÉNOM :

Aménagements sollicités par les <u>représentants légaux du</u> <u>candidat ou le candidat majeur</u>	Appréciation de l'équipe pédagogique Ne concerne pas les candidats individuels	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
☐ 2.4 – possibilité de sortir avant la fin de la première heure (pause, soin) ☐ 2.5 – possibilité de se lever ou pause avec temps compensatoire dans la limite d'un tiers de temps	☐ 2.4 ☐ 2.5 Observations :	☐ 2.4 ☐ 2.5 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ Pièces justificatives insuffisantes ☐ Aucune pièce justificative ☐ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ☐ Autres motifs	☐ 2.4 – MH121 ☐ 2.5 – MH126 Refus à motiver :
3. Locaux, installation de la salle (à préciser) ☐ 3.1 – accès facile aux sanitaires, possibilité de s'y rendre dès la 1 ^{ère} heure ☐ 3.2 – proximité de l'infirmerie ☐ 3.3 - accès des locaux (RDC ou accès ascenseur) ☐ 3.4 – accessibilité des locaux fauteuil roulant ☐ 3.5 – table pour fauteuil roulant ☐ 3.6 – proximité d'une prise de courant ☐ 3.7 – conditions particulières d'éclairage à préciser : ☐ 3.8 – poste de travail ou mobilier adapté A préciser : ☐ 3.9 – salle à faible effectif ☐ 3.10 – seul dans une salle (situation exceptionnelle)	☐ 3.1 ☐ 3.2 ☐ 3.3 ☐ 3.4 ☐ 3.5 ☐ 3.6 ☐ 3.7 ☐ 3.8 ☐ 3.9 ☐ 3.10 Observations :	☐ 3.1 ☐ 3.2 ☐ 3.3 ☐ 3.4 ☐ 3.5 ☐ 3.6 ☐ 3.7 ☐ 3.8 ☐ 3.9 ☐ 3.10 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ Pièces justificatives insuffisantes ☐ Aucune pièce justificative ☐ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ☐ Autres motifs	Valide la demande ☐ 3.1 – MH201 ☐ 3.2 – MH202 ☐ 3.3 – MH204 ou MH205 ☐ 3.4 – MH206 ☐ 3.5 – MH210 ☐ 3.6 – MH207 ☐ 3.7 – MH209 ☐ 3.8 – MH211 ☐ 3.9 – MH214 ☐ 3.10 – MH212 Refus à motiver :

[illegible]

☐ 5.8 – autres :	☐ 5.8 Observations :	☐ 5.8 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ Pièces justificatives insuffisantes ☐ Aucune pièce justificative ☐ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ☐ Autres motifs	☐ 5.8 Refus à motiver :
6. Communication ☐ 6.1 – port par le surveillant du système HF pour les épreuves écrites et/ou orales ☐ 6.2 – en cas de consignes orales, celles-ci devront être données à voix haute en articulant, le surveillant se plaçant face au candidat ☐ 6.3 – consignes orales données par écrit ☐ 6.4 – autres (à préciser)	☐ 6.1 ☐ 6.2 ☐ 6.3 ☐ 6.4 Observations :	☐ 6.1 ☐ 6.2 ☐ 6.3 ☐ 6.4 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ Pièces justificatives insuffisantes ☐ Aucune pièce justificative ☐ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ☐ Autres motifs	Valide la demande ☐ 6.1 – MH401 ☐ 6.2 – MH508 ☐ 6.3 – MH601 ☐ 6.4 Refus à motiver :
AIDES HUMAINES			
7. Aides humaines ☐ 7.1 – secrétaire lecteur, lecture du sujet à haute voix sans reformulation ☐ 7.2 – secrétaire scripteur ☐ 7.3 – assistant ☐ 7.3.1 – reformulation des consignes ☐ 7.3.2 – séquençage des consignes complexes ☐ 7.3.3 – explication des sens second et métaphorique ☐ 7.3.4 – lecture du sujet à haute voix avec reformulation ☐ 7.3.5 – autre (à préciser) ☐ 7.4 – assistance d'un enseignant spécialisé trouble de la fonction auditive	☐ 7.1 ☐ 7.2 ☐ 7.3 ☐ 7.3.1 ☐ 7.3.2 ☐ 7.3.3 ☐ 7.3.4 ☐ 7.3.5 ☐ 7.4	☐ 7.1 ☐ 7.2 ☐ 7.3 ☐ 7.3.1 ☐ 7.3.2 ☐ 7.3.3 ☐ 7.3.4 ☐ 7.3.5 ☐ 7.4	Valide la demande ☐ 7.1 – MH524 ☐ 7.2 – MH513 ☐ 7.3 ☐ 7.3.1 – MH521 ☐ 7.3.2 – MH522 ☐ 7.3.3 – MH523 ☐ 7.3.4 – MH507 ☐ 7.3.5 ☐ 7.4 – MH502

NOM : PRÉNOM :

☐ 7.5 – assistance d'un interprète en langue des signes françaises (LSF) pour les épreuves orales uniquement ☐ 7.6 – assistance d'un codeur en langue française parlée complétée (LfPC) ☐ 7.7 – lecture orale des consignes en articulant et en se plaçant face au candidat ☐ 7.8 – assistance d'un AESH ☐ 7.9 – aide à l'installation matérielle dans la salle ☐ 7.10 - assistant spécialisé trouble de la fonction visuelle, dont enseignant spécialisé (CAPPEI TFCV ou professeur CAEGADV)	☐ 7.5 ☐ 7.6 ☐ 7.7 ☐ 7.8 ☐ 7.9 ☐ 7.10 Observations :	☐ 7.5 ☐ 7.6 ☐ 7.7 ☐ 7.8 ☐ 7.9 ☐ 7.10 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ Pièces justificatives insuffisantes ☐ Aucune pièce justificative ☐ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ☐ Autres motifs	☐ 7.5 – MH503 ☐ 7.6 – MH504 ☐ 7.7 – MH508 ☐ 7.8 – MH514 ☐ 7.9 – MH505 ☐ 7.10 – MH525 Refus à motiver :
--	--	--	--

ADAPTATIONS

8. Adaptations d'épreuves conformes à la réglementation en vigueur (Arrêté du 04/04/2017) ☐ 8.1 – communication par écrit pour les épreuves orales et pratiques ☐ 8.2 – passages en priorité pour les épreuves orales ☐ 8.3 - Adaptation de l'épreuve orale obligatoire de langue vivante ☐ 8.4 – autres <i>Préciser le type d'adaptation à l'exception des adaptations de sujets :</i>	☐ 8.1.1 ☐ 8.1.2 ☐ 8.1.3 ☐ 8.4 Observations :	☐ 8.1.1 ☐ 8.1.2 ☐ 8.1.3 ☐ 8.4 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ Pièces justificatives insuffisantes ☐ Aucune pièce justificative ☐ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ☐ Autres motifs	Valide la demande ☐ 8.1.1 – MH602 ☐ 8.1.2 - MH632 ☐ 8.1.3 – MH607 ☐ 8.4 Refus à motiver :
---	---	---	---

ÉTALEMENT D'ÉPREUVES OU CONSERVATION DE NOTES

☐ 9. Étalement du passage des épreuves sur plusieurs sessions : Préciser pour chaque session l'intitulé exact des épreuves à passer :	☐ 9 Observations :	☐ 9 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ Pièces justificatives insuffisantes ☐ Aucune pièce justificative	Valide la demande ☐ 9 – MH610 Refus à motiver :
--	---	--	---

NOM : PRÉNOM :

..... 		☐ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ☐ Autres motifs 	
UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS AYANT ÉCHOUÉ À L'EXAMEN ☐ 10 – conservation des notes Épreuves déjà passées dont vous demandez la conservation des notes sur 5 ans (préciser les épreuves concernées et fournir les relevés de notes) : 			☐ 10 – MH609

RÉCAPITULATIF DES AMÉNAGEMENTS SOLICITÉS 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

Signature du candidat

Nom Prénom :

Signature des responsables légaux (candidat mineur)

Chef d'établissement

NOM :

Prénom :

Date :

Signature

Cachet de l'établissement

Autorité administrative

Date :

Signature

Cachet

Médecin désigné par la CDAPH

NOM :

Prénom :

Date :

Signature

Cachet

Autorité administrative

Date :

Signature

Cachet

NOM : PRÉNOM :