

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES DU
BREVET PROFESSIONNEL
et DIPLOME DE TECHNICIEN DES MÉTIERS DU SPECTACLE
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 BP et du DTMS 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

☐ **BP**
 Précisez la spécialité du BP :

☐ **DTMS**
 Précisez l'option :

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 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 :

NOM : PRÉNOM :

AMÉNAGEMENTS TECHNIQUES

AMÉNAGEMENTS TECHNIQUES			
4. Aides techniques 4.1 Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion) ☐ 4.1.1 – ordinateur ou tablette du candidat ☐ 4.1.2 – ordinateur fourni par le centre d'examen ☐ 4.1.3 – utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe et hors connexion internet (à préciser) Dans le cas d'utilisation de logiciels spécifiques sur l'ordinateur du centre, il appartient au candidat d'apporter les logiciels et d'en demander l'installation avant l'épreuve. Certains logiciels peuvent ne pas être autorisés aux examens. 4.2 Matériel particulier apporté par le candidat, sauf ordinateur ou tablette (à préciser) ☐ 4.2.1 - calculatrice simple non programmable ☐ 4.2.2 – Matériel spécifique pour les candidats déficients visuels à préciser : ☐ 4.2.3 – système Haute Fréquence ☐ 4.2.4 - autres 	☐ 4.1.1 ☐ 4.1.2 ☐ 4.1.3 ☐ 4.2.1 ☐ 4.2.2 ☐ 4.2.3 ☐ 4.2.4 Observations : 	☐ 4.1.1 ☐ 4.1.2 ☐ 4.1.3 ☐ 4.2.1 ☐ 4.2.2 ☐ 4.2.3 ☐ 4.2.4 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ Pièces justificatives insuffisantes ☐ Aucune pièce justificative ☐ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ☐ Autres motifs 	Valide la demande ☐ 4.1.1 – MH413 ☐ 4.1.2 – MH414 ☐ 4.1.3 – MH405 ☐ 4.2.1 – MH402 ☐ 4.2.2 – MH403 ☐ 4.2.3 – MH403 ☐ 4.2.4 – MH403 Refus à motiver :
5. Mise en forme des sujets ☐ 5.1 – sujet en braille intégral ☐ 5.2 – sujet en braille abrégé ☐ 5.3 – sujet en caractères agrandis Arial 16 ☐ 5.4 – sujet en caractères agrandis Arial 20 ☐ 5.5 – sujet en caractères agrandis Arial 24 ☐ 5.6 – sujet en format numérique PDF ☐ 5.7 – sujet en A3	☐ 5.1 ☐ 5.2 ☐ 5.3 ☐ 5.4 ☐ 5.5 ☐ 5.6 ☐ 5.7	☐ 5.1 ☐ 5.2 ☐ 5.3 ☐ 5.4 ☐ 5.5 ☐ 5.6 ☐ 5.7	Valide la demande ☐ 5.1 – MH301 ☐ 5.2 – MH302 ☐ 5.3 – MH310 ☐ 5.4 – MH303 ☐ 5.5 – MH316 ☐ 5.6 – MH306 ☐ 5.7 – MH304

NOM : PRÉNOM :

☐ 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 – explicitation 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 :

		☐ 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 :