



Direction Régionale  
de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt  
Service Régional de la Formation  
et du Développement

# DOSSIER DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES

**Candidats en situation de handicap demandant à bénéficier  
de mesures particulières lors des examens**

Bases juridiques :  
Articles L. 114 et L. 146-9 du Code de l'action sociale et des familles  
Articles D.351-27 à D.351-32 du Code de l'éducation  
Articles D.815-1 à D.815-6 du Code rural et de la pêche maritime

**Composition du dossier :**

**Formulaire 1 :** demande du candidat

**Formulaire 2 :** renseignements de l'établissement d'origine sur l'examen à passer

**Formulaire 3 :** avis du médecin désigné par la CDPAH

**Pièces jointes au dossier :**

- **Formulaire 4 :** bilan médical rempli par le médecin traitant (à joindre obligatoirement, et sous pli séparé confidentiel) ;

-  
-  
-  
-  
-  
-

Dossier transmis au médecin désigné par la CDAPH le ...../...../20.....	Dossier transmis à la DRAAF-SRFD indiquée ci-dessus par le médecin le ...../...../20.....
-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

### **4.3. Saisie informatique des aménagements**

La saisie informatique des aménagements peut débuter dès l'inscription dans Indexa2 du candidat à la session d'examen. La date limite de saisie est fixée au 31 mars pour la session en cours. Au-delà de cette date, toute décision d'aménagement doit se faire en concertation avec la DRAAF RO et ne pourra pas être informatisée.

Le Sous-directeur des politiques  
de formation et d'éducation

Philippe VINCENT

Annexe 1 : Dossier de demande d'aménagement d'épreuves

**Formulaire n°1**  
**à remplir par le candidat ou son représentant légal**

<b>NOM :</b>	<b>Prénoms :</b>
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse :	
Code postal :	Téléphone :
Ville :	Courriel :
Personne contact (parent ou représentant légal) :	
Examen préparé : <input type="checkbox"/> CAPA <input type="checkbox"/> BP <input type="checkbox"/> BPA	
<input type="checkbox"/> BEPA – Baccalauréat professionnel <input type="checkbox"/> Baccalauréat technologique <input type="checkbox"/> BTSA	
Spécialité – option :	
Session d'examen : 20	

Je soussigné(e) <sup>1</sup> \_\_\_\_\_, sollicite, pour la session..... le bénéfice des mesures particulières pour les candidats en situation de handicap en vertu des textes en vigueur.

Par ailleurs, je<sup>2</sup>

- n'ai jamais fait de demande d'aménagement d'épreuves
- dispose déjà d'un dossier déposé à la MDPH ou à la DRAAF-SRFD (*préciser le lieu et l'année*) :
- ne demande pas à bénéficier de la présentation progressive de l'examen
- demande à bénéficier de la présentation progressive de l'examen (étalement des épreuves sur plusieurs sessions) selon l'ordre suivant<sup>3</sup> :

Fait à  
Le

**Nom et signature** du candidat ou de son représentant légal si celui-ci est mineur

---

1 la demande d'aménagement est à établir par le candidat s'il est majeur ou par son représentant légal s'il est mineur  
2 cocher les cases correspondantes  
3 préciser ici les épreuves présentées à la session en cours, sachant que la demande d'aménagement est à solliciter à nouveau à chaque session

**Formulaire n°2**  
**à remplir par l'établissement d'origine du candidat (pour les candidats scolarisés, apprentis ou stagiaires de la formation professionnelle continue)**

**Etablissement d'origine du candidat (nom, adresse, téléphone, ou cachet) :**

Examen préparé par le candidat (indiquer avec précision la filière, l'option, la spécialité) :

Modalité d'évaluation :  CCF    HCCF    UC

Statut :  scolaire    apprenti    stagiaire formation continue

Année du cycle dans laquelle le candidat est actuellement scolarisé :

**Dispositif d'accompagnement du candidat mis en place dans l'établissement :**

L'élève bénéficie de la mise en place (*préciser*) :

- d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :
- d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) :

**Au cours de sa scolarité :**

- L'élève est assisté d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS) ou d'un secrétaire :
  - en permanence
  - dans certains cours (*préciser*) :
  - pendant les contrôles formatifs et « examens blancs »
- L'élève utilise une machine, un matériel technique ou informatique :
  - en permanence
  - dans certains cours (*préciser*) :
  - pendant les contrôles formatifs et « examens blancs »

**L'élève bénéficie d'un aménagement des sujets au cours des contrôles formatifs et des « examens blancs » :**

Oui    Non    Parfois (*préciser*)

Coordonnées de la personne dans l'établissement susceptible d'être contactée par le médecin désigné par la CDAPH afin d'obtenir des précisions concernant le handicap de l'élève :

NOM – Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

Observations éventuelles :

Date :

Signature du chef d'établissement :

**Formulaire n°3**

**à remplir par le médecin désigné par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)**

**AVIS MÉDICAL CONCERNANT UN CANDIDAT HANDICAPÉ SE PRÉSENTANT À UN EXAMEN DE L'ENSEIGNEMENT AGRICOLE**

Je soussigné(e), Docteur.....certifie avoir examiné le dossier présenté par le candidat ..... lequel/laquelle présente un handicap tel que défini à l'article L.114-1 du Code de l'action sociale et des familles et (*ayer la mention inutile*) :

- ne nécessitant pas d'aménagement d'épreuves
- justifiant la mise en œuvre d'aménagements particuliers pour les épreuves

**Dispositions à mettre en œuvre pour les épreuves en CCF, pour les épreuves terminales, pour les UC**

**Majoration de la durée de l'épreuve (1/3 temps)**

- pour les épreuves écrites
- pour les épreuves pratiques
- pour les épreuves orales
- pour la préparation des épreuves pratiques et orales

**Accessibilité des locaux**

- accès des sanitaires
- accès ascenseur, fauteuil roulant
- rez-de-chaussée obligatoire

**Installation matérielle de la salle d'examen**

- conditions d'éclairage de la table
- possibilité de se lever, marcher,...
- possibilité de sortir (se restaurer, soins)
- proximité de l'infirmerie
- affectation dans une salle à faible effectif
- autres (*préciser*) :

**Utilisation d'aides techniques**

- ordinateur du candidat
- utilisation de logiciels
- matériel d'écriture en braille
- possibilité de réponse écrite aux épreuves orales
- autre aide technique

**Secrétariat ou assistance**

- secrétaire lecteur pour les épreuves écrites
- secrétaire scripteur
- autre assistance (*préciser*) :
- Etalement des épreuves sur plusieurs sessions

**Pour les malvoyants**

- sujets agrandis (format A4 vers format A3)
- sujets en braille (*préciser*) : partiel ou intégral

**Pour les malentendants**

- les consignes orales sont données à voix haute par le surveillant en articulant et en se plaçant face au candidat

**Assistance d'un enseignant spécialisé dans la rééducation des sourds :**

- pendant toute la durée de l'épreuve
- uniquement pour les consignes générales

**Présence d'un professionnel suivant :**

- interprète Langue des Signes Française
- codeur Langage Parlé Complété

**Aménagement des épreuves de langue vivante étrangère**

- Baccalauréat technologique :
  - épreuve obligatoire de LV1 : dispense de la partie écrite ou dispense de la partie orale (*préciser*)
  - épreuve obligatoire de LV2 : dispense de la partie écrite ou dispense de la partie orale ou dispense de la globalité de l'épreuve (*préciser*)
- Baccalauréat professionnel :  
Aménagement des conditions de passage de l'épreuve de LV1 (oral → écrit)

Nombre total de cases cochées sur l'avis médical :

Fait à : ....., le : .....  
Cachet et signature du médecin désigné par la CDAPH :

**Formulaire n°4  
Bilan médical du candidat**

(à remplir par le médecin traitant ou le médecin scolaire et joindre obligatoirement à la demande d'aménagement d'épreuves, sous pli fermé séparé)

<b>DÉFICIENCES</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Déficiences liées à l'épilepsie</b> joindre le compte-rendu du dernier EEG	
Type :	
Fréquence des crises :	
<input type="checkbox"/> <b>Déficiência de l'audition</b> joindre un audiogramme récent oreille droite/oreille gauche sans appareillage	
<input type="checkbox"/> <b>Déficiences du langage, de la parole et de l'écrit</b>	
<i>Joindre impérativement un bilan orthophonique précisant l'objet du bilan et l'anamnèse, les épreuves utilisées, leur résultat et leur interprétation, le diagnostic orthophonique, le plan de soin, les examens complémentaires demandés et, s'il y a lieu, un bilan neuropédiatrique</i>	
○ dysphasie ○ dyslexie ○ dysorthographe ○ dyscalculie ○ dysarthrie ○ dysgraphie	
Mode de communication habituel : ○ verbal ○ autre (préciser) :	
Lecture labiale : ○ LPC ○ LSF Nécessité d'un interprète : ○ LPC ○ LSF	
<input type="checkbox"/> <b>Déficiences de la vision</b> joindre un bilan ophtalmologique : acuité visuelle bilatérale corrigée de loin/de près/champ visuel binoculaire (si utile)	
Cécité : ○ unilatérale ○ bilatérale	
Baisse de l'acuité visuelle : ○ unilatérale ○ bilatérale	
Déficiência de l'oculomotricité : ○ Non ○ Oui ○ Autres :	
Une amélioration est-elle possible ?	
<input type="checkbox"/> <b>Déficiences de la fonction cardiovasculaire</b> joindre les résultats des examens complémentaires	
Signes fonctionnels :	
Degré d'insuffisance cardiaque :	
Tension artérielle :	
<input type="checkbox"/> <b>Déficiences de la fonction respiratoire</b> joindre les résultats des examens complémentaires dont Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR)	
Signes fonctionnels :	
Moyens d'assistance respiratoire :	
Oxygénothérapie : ○ continue ○ discontinue Trachéostomie : ○ Oui ○ Non	
Autres :	
<input type="checkbox"/> <b>Déficiences de la fonction ou de la sphère digestive</b> joindre les résultats des examens complémentaires	
○ Troubles de la prise alimentaire ○ Troubles sphinctériens	
○ Troubles du transit ○ Iléostomie	
Régime ou mode d'alimentation particulier : ○ Non ○ Oui, lequel ?	
<input type="checkbox"/> <b>Déficiences de la fonction rénale ou génito-urinaire</b> joindre les résultats des examens complémentaires	
Fonction rénale :	
Dialyse : ○ Oui ○ Non Fréquence hebdomadaire :	
Fonction urinaire :	
○ Rétention ○ Incontinence diurne et/ou nocturne ○ Sonde ○ Couches	
<input type="checkbox"/> <b>Déficiences endocriniennes, métaboliques, enzymatiques</b> joindre les résultats des examens complémentaires	
Préciser :	
<input type="checkbox"/> <b>Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique</b> joindre les résultats des examens complémentaires	
Préciser :	
<input type="checkbox"/> <b>Déficiences esthétiques</b> séquelles de brûlure ou cicatrice ayant un retentissement sur la vie sociale et la relation	
Type :	
Localisation :	

**DÉFICIENCES**

**Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur** *joindre les résultats des examens complémentaires*

Type de déficience :  Paralysie  Ankylose  Incoordination  Déformations orthopédiques

Amputation  Troubles du tonus  Mouvements anormaux  Troubles de l'équilibre

Troubles sensitifs associés :  Oui  Non

Localisation :  Membres  Tête  Tronc

Appareillage :

Tolérance :

Station debout pénible :  Oui  Non

Fauteuil roulant :  Oui  Non

**NATURE DES SOINS – CONTRAINTES - TOLÉRANCE**

	Nature des soins	Fréquence et lieu des interventions
Traitement médicamenteux		
Traitement chirurgical		
Greffe / Transplantation		
Soins psychothérapeutiques		

**AUTONOMIE**

*L'autonomie sera évaluée par rapport à celle d'une personne du même âge, non déficiente*

Le candidat est capable de :	Normalement ou seul	Difficilement ou avec une aide	Impossible ou avec une aide totale
Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux			
Communiquer oralement			
Se comporter de façon logique et sensée			
Se lever/se coucher ou passer du lit au fauteuil/fauteuil au lit			
Se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les transports en commun non spécialisés			
Boire et manger			
S'habiller ou se déshabiller			
Faire sa toilette			

**Nom et coordonnées du médecin ayant rempli cet avis médical**

Docteur :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Date et signature :

## **Dossier de demande d'aménagements d'épreuves pour les candidats handicapés**

### **- Notice explicative -**

#### **Qui peut bénéficier d'un aménagement d'épreuve ?**

Tout candidat présentant un handicap, c'est-à-dire une altération durable ou définitive de plusieurs fonctions.

Les candidats blessés ou malades lors des épreuves ne rentrent pas dans cette définition : une session supplémentaire est organisée pour eux au mois de septembre.

#### **En quoi consiste un aménagement ?**

L'aménagement porte sur les conditions matérielles de déroulement des épreuves (tiers-temps, aménagement des locaux, aide d'un tiers, ...) ainsi que sur le déroulement particulier de l'examen (étalement sur plusieurs sessions, adaptation des épreuves de langue, ...)

La structure de l'examen et les sujets ne sont pas modifiés, afin de respecter les principes fondamentaux :

- de la scolarité : les candidats ont l'obligation de complétude de la formation, y compris des périodes de formation en milieu professionnel ;
- de l'anonymat des candidats ;
- de l'égalité de valeur du diplôme délivré à chaque candidat : le diplôme délivré aux lauréats est le même pour tous, valides ou handicapés.

#### **Quelle est la démarche à suivre ?**

La demande d'aménagement se fait avant le 31 décembre de l'année d'entrée en formation, à l'aide d'un dossier édité par le ministère chargé de l'agriculture. Il est disponible auprès :

- de l'établissement, pour les candidats scolarisés ou en formation ;
- du Service formation et développement (SRFD) de la Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt (DRAAF), pour les candidats isolés ou hors formation.

Ce dossier comporte 4 formulaires :

- formulaire 1 : demande du candidat accompagnée des pièces justificatives ;
- formulaire 2 : demande de l'établissement, pour les candidats scolarisés ou en formation ;
- formulaire 3 : avis de la MDPH (à faire remplir par le médecin désigné par la CDAPH) ;
- formulaire 4 : bilan médical (à faire remplir par le médecin assurant le suivi habituel du candidat).

#### **Qui prend la décision ?**

A l'aide du dossier rempli par le candidat, le médecin désigné par la CDAPH émet un avis et propose les aménagements qu'il estime nécessaires.

Sur la base de cet avis, la DRAAF-SRFD prend la décision d'aménagement. Cette décision est ensuite notifiée au candidat, soit directement (candidats individuels), soit via l'établissement (candidats scolarisés ou en formation).

En cas de désaccord avec la décision de la DRAAF-SRFD, le candidat peut la contester dans un délai de deux mois.