

## DEMANDE D'AMÉNAGEMENT DES CONDITIONS DE PASSATION D'EXAMEN POUR LES CANDIDATS PRÉSENTANT UN HANDICAP DIPLÔME NATIONAL DU BREVET

Nom du candidat : Prénom : Établissement :

### Procédure de transmission du formulaire :

Le candidat ou son représentant légal renseigne le dossier, le signe et le retourne à l'établissement avec **TOUTES** les informations médicales utiles et **actualisées** sous pli confidentiel :

- un certificat médical détaillé
- le cas échéant le PAI, le PPS, ou le PAP
- le cas échéant le bilan orthophonique (bilan initial et dernier bilan) ou autre bilan spécialisé en lien avec la demande.

Le candidat ou son représentant légal veilleront à ne demander que les aménagements nécessaires qui doivent correspondre aux aménagements habituels mis en place au cours de la scolarité, certifiés par le chef d'établissement.

La demande sera établie et instruite une seule fois pour l'examen (en cas de redoublement, il ne sera pas nécessaire de fournir un nouveau dossier)

Après avoir renseigné et signé la fiche, le chef d'établissement transmet le dossier complet au médecin désigné par l'autorité consulaire de son secteur ainsi qu'une copie de la demande (le présent formulaire sans les informations médicales) au Service des Examens du Canada.

Les candidats non-scolarisés ou scolarisés dans un établissement d'enseignement ne dépendant pas du réseau AEFE adressent directement leur dossier au Service des Examens du Canada qui le transmet au médecin désigné par l'autorité consulaire du secteur de Montréal.

#### Service des Examens du Canada

4635, Chemin Queen Mary Montréal Qc H3W1W3 CANADA

Tel : 1 514 737 1177 poste 241

Mel : fabienne.meyssonier@cimf.ca

**La copie de la demande du candidat doit être adressée au Service des Examens du Canada au plus tard le jour de la clôture des inscriptions soit le jeudi 20 décembre 2018**

#### Calendrier :

- **DÉPÔT DU DOSSIER PAR LE CANDIDAT AUPRÈS DE SON ÉTABLISSEMENT (OU ENVOI DU DOSSIER AU SERVICE DES EXAMENS DU CANADA POUR LES CANDIDATS NON SCOLARISÉS) : AU PLUS TARD LE JEUDI 20 DÉCEMBRE 2018**
- **ENVOI PAR L'ÉTABLISSEMENT DE LA COPIE DE LA DEMANDE AU SERVICE DES EXAMENS DU CANADA : AU PLUS TARD LE VENDREDI 1<sup>er</sup> FÉVRIER**

L'autorité administrative notifiera ensuite sa décision au candidat ou à son représentant légal, et en informera le centre d'examen ainsi que le président du jury.



**Diplôme National du Brevet**

Copie de cette fiche complétée et signée à retourner au Service des Examens du Canada

**À REMPLIR PAR LE CANDIDAT OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL ACCOMPAGNE PAR LE RÉFÈRENT PÉDAGOGIQUE DÉSIGNÉ PAR L'ÉTABLISSEMENT (PP – CPE – CHEF D'ÉTABLISSEMENT ADJOINT ...)**  
**NOTER CI-DESSOUS LES AMÉNAGEMENTS DONT LE CANDIDAT BÉNÉFICIE DÉJÀ DANS LE CADRE DE SA SCOLARITÉ (COCHER LES CASES)**

**Je soussigné NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **certifie bénéficiaire, dans le cadre de ma scolarité, des aménagements ci-dessous.**

**TEMPS DE COMPOSITION MAJORÉ**

Bénéficiez-vous d'un temps supplémentaire pour les évaluations ou d'une réduction du nombre d'exercices à réaliser ?	OUI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1/3 temps <input type="checkbox"/> ¼ temps	NON <input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------

Ce temps majoré vous est attribué le cas échéant pour :  
 Les compositions écrites  Les interrogations orales

**SORTIE DE SALLE**

Avez-vous besoin de sortir de la salle pendant les évaluations écrites ? (repos, soins, restauration, contrôle biologique...)	OUI <input type="checkbox"/> Précisez le motif :	NON <input type="checkbox"/>
---	--	------------------------------

**ACCÈS AUX LOCAUX / INSTALLATION MATÉRIELLE ET TECHNIQUE**

Lors des évaluations, composez-vous dans une salle à part ?	OUI <input type="checkbox"/> Précisez le motif :	NON <input type="checkbox"/>
---	--	------------------------------

Devez-vous avoir un placement spécifique dans la salle ?	OUI <input type="checkbox"/> Précisez :	NON <input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------

Bénéficiez-vous d'un accès facilité aux salles (déplacement en fauteuil par exemple)	OUI <input type="checkbox"/> Précisez :	NON <input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------

Utilisez-vous un ordinateur pour composer ?	OUI <input type="checkbox"/> Ordinateur portable personnel <input type="checkbox"/> Ordinateur mis à disposition par l'établissement <input type="checkbox"/> Logiciels utilisés :	NON <input type="checkbox"/>
---	---	------------------------------

Utilisez-vous un poste de travail adapté ? (mobilier, éclairage particulier)	OUI <input type="checkbox"/> Précisez :	NON <input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------

**SECRÉTARIAT ET ASSISTANCE**

Bénéficiez-vous d'un auxiliaire de vie scolaire ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Votre AVS vous assiste-t-il lors des évaluations ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Si vous bénéficiez d'une assistance lors des évaluations, en quoi consiste-t-elle ?

Aide à l'installation matérielle  Reformulation des consignes

Autre à préciser :

Si vous bénéficiez d'un secrétariat lors des évaluations, en quoi consiste-t-il ?

Lecture  Écriture par le secrétaire sous votre dictée

Bénéficiez-vous de l'aide d'un enseignant spécialisé en L.S.F.(Langue des Signes Française) ou L.P.C. (Langage Parlé Complété)?	OUI <input type="checkbox"/> Précisez l'organisme de formation où exerce le professeur :	NON <input type="checkbox"/>
---	---	------------------------------

**ADAPTATION DES SUJET(S) / ÉPREUVE(S)**

Bénéficiez-vous des documents agrandis lors des évaluations ?	OUI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arial 16 <input type="checkbox"/> Arial 20 format A4	NON <input type="checkbox"/>
---	---	------------------------------

Bénéficiez-vous des documents sur support numérique lors des évaluations (lecture sur ordinateur) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Bénéficiez-vous de dictées aménagées (textes à trous) à la place de dictées classiques ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous des sujets d'examen en braille et composez-vous en braille ?	OUI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Braille abrégé <input type="checkbox"/> Braille intégral	NON <input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous des éventuels documents audio par écrit pour les épreuves orales/pratiques ( <i>déficients auditifs</i> ) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous des questions/réponses par écrit pour les épreuves orales/pratiques ( <i>candidats ne pouvant pas s'exprimer oralement</i> ) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous d'aménagements pour la réalisation des schémas et les croquis en histoire-géographie ( <i>handicap moteur ou sensoriel</i> ) ?	OUI <input type="checkbox"/> Précisez :	NON <input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous d'aménagements pour l'apprentissage des langues vivantes ?	OUI <input type="checkbox"/> Précisez :	NON <input type="checkbox"/>

#### CONSERVATION DE NOTES

**Souhaitez-vous conserver des notes obtenues lors d'une précédente session du DNB ?**  
Précisez les épreuves concernées et l'année de la session d'examen.

**PASSAGE DES ÉPREUVES TERMINALES SUR DEUX SESSIONS** Joindre au double de la demande un courrier précisant la répartition des épreuves. Ce passage d'épreuve(s) sur plusieurs sessions doit demeurer exceptionnel.

**Autres aménagements dont vous bénéficiez qui n'auraient pas été évoqués ci-dessus :**

**Je soussigné atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.**

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
**NOM du candidat :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Signature du candidat ou de son représentant légal**

**Commentaires éventuels du chef d'établissement :**

**Je soussigné atteste l'exactitude des déclarations ci-dessus du candidat**  
**Le candidat bénéficie d'un  PPS,  PAI,  PAP dont une copie est jointe au présent dossier.**

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
**Signature du chef d'établissement**

**CADRE À REMPLIR PAR LE CANDIDAT OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL**

<b>Nom :</b> Examen préparé : Spécialité (libellé long) : Établissement :	<b>Prénom :</b>	Représentant légal : Nom : Prénom :                      Téléphone : Téléphone personnel du candidat : Adresse du candidat : Adresse mél :
--	-----------------	--

**AVIS DU MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR L'AUTORITÉ CONSULAIRE**  1<sup>er</sup> avis  2<sup>ème</sup> avis

**Je soussigné(e) Docteur** \_\_\_\_\_, **médecin désigné par l'autorité consulaire certifie que :**  
**Le candidat ci-dessus désigné**  peut bénéficier de la totalité des aménagements demandés  
 ne peut bénéficier d'aucun aménagement  peut bénéficier d'une partie des aménagements demandés

**TEMPS DE COMPOSITION MAJORÉ**  1/3 temps  ¼ temps

Type d'épreuves pour lesquelles le temps majoré est accordé  
 Toutes les épreuves  Épreuve(s) écrite(s)  Épreuve(s) orale(s)  
 Temps de préparation épreuve(s) orale(s)

 **SORTIE DE SALLE AUTORISÉE + TEMPS COMPENSÉ** (*correspond au temps de pause*)**ACCÈS AUX LOCAUX / INSTALLATION MATÉRIELLE ET TECHNIQUE**

<input type="checkbox"/> Salle à effectif réduit <input type="checkbox"/> Salle séparée <input type="checkbox"/> Place spécifique en salle <input type="checkbox"/> Poste de travail adapté	<input type="checkbox"/> Accès facilité aux salles d'examen <input type="checkbox"/> Utilisation d'ordinateur fixe ou portable <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> fourni par l'établissement Logiciel(s) autorisé(s) :
--	--

**SECRÉTARIAT ET ASSISTANCE**

<input type="checkbox"/> Secrétaire lecteur <input type="checkbox"/> Secrétaire scripteur	<input type="checkbox"/> Aide humaine pour l'installation matérielle
<input type="checkbox"/> Secrétaire lecteur scripteur	<input type="checkbox"/> Enseignant spécialisé en LSF ou LPC (préciser l'organisme de formation)
<input type="checkbox"/> Assistance d'un auxiliaire de vie scolaire	

**ADAPTATION DANS LA PRÉSENTATION DES SUJET(S) / ÉPREUVE(S)**

Sujet et composition en braille abrégé  Sujet et composition en braille intégral  
 Sujets agrandis (*préciser l'agrandissement*) :  
Police : **ARIAL** : Taille :  14-16 (format A4)  18-20 (format A4)  20 et plus (*CD avec composition sur ordinateur*)  
 Pas de document(s) audio épreuve(s) pratique(s) / orale(s) - (*déficiences auditives*)  
 Question(s) - Réponse(s) par écrit (*communication écrite manuelle ou ordinateur pour les candidats ne pouvant pas s'exprimer oralement*)  
**Adaptation(s) d'épreuve(s) spécifique(s) au DNB**  
 Dictée aménagée (*trouble auditif, de l'écriture manuscrite, du langage oral, de la parole ou de l'automatisation du langage écrit*)  
 Adaptation de l'épreuve orale (*Possibilité pour les candidats présentant un trouble du langage oral ou de la parole de s'exprimer selon les modalités qu'ils utilisent couramment dans les situations de communication orale, lors de l'épreuve orale du DNB*)  
 Audiodescription ou transcription écrite de documents audiovisuels

**DISPENSE D'ÉPREUVE** envisageable selon les disponibilités offertes par le règlement de chaque examen

Dispense de l'exercice de tâche cartographique pour l'épreuve d'histoire-géographie-enseignement moral et civique (*trouble moteur, sensoriel, neuro visuel ou des fonctions exécutives*)  
 Dispense de l'évaluation de la composante « comprendre et s'exprimer en utilisant une langue étrangère ou régionale » (*trouble auditif, du langage écrit, du langage oral, de la parole ou de l'automatisation du langage écrit*)  
 Dispense de l'exercice d'algorithmique de l'épreuve de mathématiques (*trouble visuel ou neuro visuel*)  
 Dispense de l'épreuve de langue vivante étrangère (*candidat individuel uniquement - trouble auditif, du langage écrit, du langage oral, de la parole ou de l'automatisation du langage écrit*)

 **CONSERVATION DE NOTE(S)** : à préciser**PASSAGE DES ÉPREUVES SUR PLUSIEURS SESSIONS**

session de juin 2019 et session de remplacement 2019  session de juin 2019 et session de juin 2020

 **Autre(s) aménagement(s) éventuellement nécessaire(s) :**

## AVIS DU MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR LA C.D.A.P.H.

CANDIDAT NOM :

Prénom :

Examen présenté :

Motivation si avis négatif ou favorable pour une partie des aménagements demandés :

*Nombre de cases cochées :*

A

, le

, *Signature du Médecin,*