

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

Procédure complète

FORMULAIRE A RENSEIGNER AU PLUS TARD LE 07 FEVRIER 2025

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, avec les pièces médicales, au Médecin de l'établissement ou de secteur** pour avis. Le dossier complet sans les pièces médicales est transmis **par voie postale** (adresse ci-dessous)

- **En l'absence de médecin**, l'établissement transmet directement **par voie postale** le dossier complet accompagné des pièces médicales sous pli fermé à la DEC – Pôle transversal – S13A (adresse ci-dessous) 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 DEC – Pôle transversal – S13A (adresse ci-dessous)

- **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.

Pour les demandes du 14 - 50 et 61 :

Rectorat de la région académique Normandie
DEC – Pôle transversal – S13A
Aménagements des épreuves
168 rue Caponière - 14061 Caen cedex

Pour les demandes du 27 et 76 :

Rectorat de la région académique Normandie
DEC – Pôle transversal – S13A
Aménagements des épreuves
25 rue de Fontenelle - 76000 Rouen

Nom Prénom du REFERENT « aménagements » :

mel :

tél. :

Actuellement, le candidat :

- Ne dispose d'aucun aménagement sur le temps scolaire**
- Dispose d'aménagements sur le temps scolaire mais souhaite des aménagements complémentaires**

IDENTITE 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) :

.....

Candidat :

- Individuel
- Bénéficiaire de la RQTH
- Scolarisé – préciser l'établissement scolaire où est inscrit le candidat
- Apprenti – préciser le centre de formation où est inscrit le candidat
- Stagiaire de la formation professionnelle continue – préciser le centre de formation

Etablissement (préciser l'établissement scolaire où est inscrit le candidat) :

Ville : **Tél. :** **Courriel :**

EXAMEN PRESENTE

- BREVET DE TECHNICIEN SUPERIEUR (BTS) Spécialité :**
- 1ère année
- 2ème année
- DIPLOME DE COMPTABILITE ET DE GESTION**
- DIPLOME SUPERIEUR DE COMPTABILITE ET DE GESTION**

NOM **PRENOM**

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)*

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)*

L'élève bénéficie-t-il d'un AESH ? oui non

**NB : seuls les aménagements conformes
au règlement de l'examen sont possibles**

NOM.....PRENOM

Aménagements sollicités par le <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	<i>Réservé à la décision de l'autorité administrative</i>
TEMPS OU ESPACE			
<p>1. Temps majoré</p> <p>1.1 - Epreuves écrites</p> <p><input type="checkbox"/> 1.1.1 un tiers temps (1/3)</p> <p>1.2 – Epreuves orales</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.1 un tiers temps (1/3)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.2 un demi temps (1/2)</p> <p>1.3 - Préparation des épreuves orales</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3.1 - un tiers temps (1/3)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3.2 – un demi temps (1/2)</p> <p>1.4 - Epreuves pratiques</p> <p><input type="checkbox"/> 1.4.1 - un tiers temps (1/3)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1.1.1</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.1</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.2</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3.1</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3.2</p> <p><input type="checkbox"/> 1.4.1</p>	<p><input type="checkbox"/> 1.1.1</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.1</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.2</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3.1</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3.2</p> <p><input type="checkbox"/> 1.4.1 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</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"/> 1.1.1 – MH102</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.1 – MH103</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2.2 – MH130</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3.1 – MH104</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3.2 – MH131</p> <p><input type="checkbox"/> 1.4.1 – MH105</p> <p>Refus à motiver :</p>
<p>2. Pause</p> <p>Elle ne peut excéder le tiers du temps prévu pour chaque épreuve.</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1 – temps compensatoire pour se lever, marcher, aller aux toilettes</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2 – temps compensatoire pour soins</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3 – possibilité de se lever ou pause sans temps compensatoire</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4 – possibilité de sortir avant la fin de la première heure (pause, soin)</p> <p><input type="checkbox"/> 2.5 – possibilité de se lever ou pause avec temps compensatoire dans la limite d'un tiers temps</p>	<p><input type="checkbox"/> 2.1</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4</p> <p><input type="checkbox"/> 2.5</p> <p>Observations :</p>	<p><input type="checkbox"/> 2.1</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4</p> <p><input type="checkbox"/> 2.5</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</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"/> 2.1 – MH118</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2 – MH119</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3 – MH120</p> <p><input type="checkbox"/> 2.4 – MH121</p> <p><input type="checkbox"/> 2.5 – MH126</p> <p>Refus à motiver :</p>

NOM.....PRENOM

Aménagements sollicités par le candidat ou son représentant légal	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>3 - Locaux, installation de la salle (à préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/> 3.1 – accès facile aux sanitaires, possibilité de s'y rendre dès la 1^{ère} heure</p> <p><input type="checkbox"/> 3.2 – proximité de l'infirmier</p> <p><input type="checkbox"/> 3.3 – accessibilité des locaux (RDC MH204 ou accès ascenseur MH205)</p> <p><input type="checkbox"/> 3.4 – accessibilité des locaux fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> 3.5 – proximité d'une prise de courant</p> <p><input type="checkbox"/> 3.6 – conditions particulières d'éclairage (à préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/> 3.7 - poste de travail ou mobilier adapté à préciser :.....</p> <p><input type="checkbox"/> 3.8 – salle à faible effectif</p> <p><input type="checkbox"/> 3.9 - seul dans une salle (situation exceptionnelle)</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"/> 3.9</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"/> 3.9</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</p> <p><input type="checkbox"/> pièces justificatives insuffisantes</p> <p><input type="checkbox"/> aucune pièce justificative aménagements demandés sans rapport avec difficultés</p> <p><input type="checkbox"/> autres motifs :</p>	<p><input type="checkbox"/> 3.1 – MH201</p> <p><input type="checkbox"/> 3.2 – MH 202</p> <p><input type="checkbox"/> 3.3 – MH 204 ou MH205</p> <p><input type="checkbox"/> 3.4 – MH206</p> <p><input type="checkbox"/> 3.5 – MH 207</p> <p><input type="checkbox"/> 3.6 – MH 209</p> <p><input type="checkbox"/> 3.7 – MH211</p> <p><input type="checkbox"/> 3.8 – MH 214</p> <p><input type="checkbox"/> 3.9 – MH212</p> <p>Refus à motiver :</p>
AMENAGEMENTS TECHNIQUES			
<p>Aides techniques</p> <p>4.1 - Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion)</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><i>Les logiciels utilisés en classe peuvent ne pas être autorisés aux examens</i></p> <p>4.2 – Matériel particulier apporté par le candidat (sauf ordinateur ou tablette)</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.1 – calculatrice simple non programmable</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.2 – machine braille</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.3 – système HF</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.4 – autres :</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><input type="checkbox"/> 4.2.1</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.2</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.3</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.4</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><input type="checkbox"/> 4.2.1</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.2</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.3</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.4</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</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"/> 4.1 1 – MH413</p> <p><input type="checkbox"/> 4.1.2 – MH414</p> <p><input type="checkbox"/> 4.1.3 – MH405</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.1- MH402</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.2 – MH403</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.3 – MH403</p> <p><input type="checkbox"/> 4.2.4 – MH403</p> <p>Refus à motiver :</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>5 - Mise en forme des sujets <i>(Indiquer 1 seul aménagement)</i></p> <p><input type="checkbox"/> 5.1 – sujet en braille intégral OU</p> <p><input type="checkbox"/> 5.2 – sujet en braille abrégé OU</p> <p><input type="checkbox"/> 5.3 – sujet en caractères agrandis - Arial 16 OU</p> <p><input type="checkbox"/> 5.4 – sujet en caractères agrandis - Arial 20 OU</p> <p><input type="checkbox"/> 5.5 – sujet en caractères agrandis – Arial 24 OU</p> <p><input type="checkbox"/> 5.6 - sujet en A3 OU</p> <p><input type="checkbox"/> 5.7 – sujet en format numérique PDF (<i>non modifiable ne permet pas de composer sur le sujet mais d'agrandir sur l'ordinateur</i>) (clé USB)</p> <p><input type="checkbox"/> 5.8 - autres :</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><input type="checkbox"/> 5.8</p> <p>Observations :</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><input type="checkbox"/> 5.8</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</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"/> 5.1 – MH301</p> <p><input type="checkbox"/> 5.2 – MH302</p> <p><input type="checkbox"/> 5.3 – MH310</p> <p><input type="checkbox"/> 5.4 – MH303</p> <p><input type="checkbox"/> 5.5 – MH316</p> <p><input type="checkbox"/> 5.6 – MH304</p> <p><input type="checkbox"/> 5.7 – MH306</p> <p><input type="checkbox"/> 5.8</p> <p>Refus à motiver :</p>
<p>6- Communication</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>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</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"/> 6.1 – MH401</p> <p><input type="checkbox"/> 6.2 – MH508</p> <p><input type="checkbox"/> 6.3 – MH601</p> <p><input type="checkbox"/> 6.4</p> <p>Refus à motiver :</p>

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
AIDES HUMAINES			
<p>Aides humaines 7 - Nom, prénom, qualité de la personne envisagée si elle est connue (AESH, enseignants) :</p> <p><input type="checkbox"/> 7.1 – secrétaire scripteur</p> <p><input type="checkbox"/> 7.2 – secrétaire lecteur, lecture du sujet à haute voix sans reformulation</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 - Explicitation des sens second et métaphorique</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.4 - autre (à préciser)</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 7.4 – assistance d'un enseignant spécialisé trouble de la fonction auditive</p> <p><input type="checkbox"/> 7.5 - Assistance d'un interprète en langue des signes française (LSF) pour les épreuves orales uniquement</p> <p><input type="checkbox"/> 7.6 - Assistance d'un codeur en langue française parlée complétée (LFPC)</p> <p><input type="checkbox"/> 7.7 – Assistance d'un AESH</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><input type="checkbox"/> 7.7</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><input type="checkbox"/> 7.7</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</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 – MH513</p> <p><input type="checkbox"/> 7.2 – MH524</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.1 – MH521</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.2 – MH522</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.3 – MH523</p> <p><input type="checkbox"/> 7.3.4</p> <p><input type="checkbox"/> 7.4 – MH502</p> <p><input type="checkbox"/> 7.5 – MH503</p> <p><input type="checkbox"/> 7.6 – MH504</p> <p><input type="checkbox"/> 7.7 – MH514</p> <p>Refus à motiver :</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
ADAPTATIONS ET DISPENSES			
<p>8- Adaptations d'épreuves conformes à la réglementation en vigueur de l'examen concerné</p> <p><input type="checkbox"/> 8.1 – communication par écrit pour les épreuves orales et pratiques</p> <p><input type="checkbox"/> 8.2 – passage en priorité pour les épreuves orales</p> <p><input type="checkbox"/> 8.3 – Autres</p> <p><i>Préciser le type d'adaptation à l'exception des adaptations de sujets :</i></p> <p><input type="checkbox"/> 8.4 – Adaptation de l'épreuve orale obligatoire de langue vivante</p>	<p><input type="checkbox"/> 8.1</p> <p><input type="checkbox"/> 8.2</p> <p><input type="checkbox"/> 8.3</p> <p><input type="checkbox"/> 8.4</p> <p>Observations :</p>	<p><input type="checkbox"/> 8.1</p> <p><input type="checkbox"/> 8.2</p> <p><input type="checkbox"/> 8.3</p> <p><input type="checkbox"/> 8.4</p> <p>Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable</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"/> 8.1 – MH602</p> <p><input type="checkbox"/> 8.2 – MH632</p> <p><input type="checkbox"/> 8.3</p> <p><input type="checkbox"/> 8.4 – MH607</p> <p>Refus à motiver :</p>
<p>9- Dispenses :</p> <p>Rappel : il n'existe <u>aucune dispense</u> d'épreuve en BTS</p>			
ATTRIBUTION DE LA NOTE			
<p><input type="checkbox"/> 10 – Non prise en compte de la qualité rédactionnelle, dont l'orthographe</p> <p><i>(La situation particulière des candidats bénéficiant d'un aménagement ou adaptation doit naturellement être prise en compte)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 10</p>	<p><input type="checkbox"/> 10</p>	<p><input type="checkbox"/> 10 – MH665</p>

NOM.....PRENOM

Aménagements sollicités par le candidat ou son représentant légal	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
--	---	---	---

RECAPITULATIF DES AMENAGEMENTS SOLLICITES 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**

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