

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES DU

DCG et DSCG

Procédure complète

FORMULAIRE À TRANSMETTRE AU PLUS TARD AVANT LE VENDREDI 15 JANVIER 2027

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** aux adresses ci-dessous en fonction du département de l'établissement d'inscription.
- **En l'absence de médecin**, l'établissement transmet directement **par voie postale** le dossier complet accompagné des pièces médicales sous pli fermé aux adresses ci-dessous en fonction du département de l'établissement d'inscription. 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 aux adresses ci-dessous en fonction du département de l'établissement d'inscription.
- **En cas d'échec à l'examen**, les aménagements accordés lors de la précédente session sont reconduits à l'identique sur demande du candidat ou de son établissement par mail à la DEC - Pôle transversal - SI3A - aménagements des épreuves. 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 - SI3A
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 - SI3A
Aménagements des épreuves
25 rue de Fontenelle - 76000 Rouen

Actuellement le candidat :

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

IDENTITÉ DU CANDIDAT

NOM de famille du candidat : NOM d'usage du candidat :

Prénom(s) : Date de naissance : Sexe : ☐ F ☐ M

Adresse :

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

Nom de l'établissement :

Ville : Tél :

Courriel :

EXAMEN PRÉSENTÉ

- ☐ DCG
- ☐ DSCG

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 (joindre la photocopie)

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

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique	Avis du médecin	Réservé à la décision de l'autorité administrative
TEMPS OU ESPACE			
1. Temps majoré			
<u>1.1. Épreuves écrites</u>			
☐ 1.1.1. Tiers temps	☐ 1.1.1	☐ 1.1.1	☐ 1.1.1 MH102
<u>1.2. Épreuves orales</u>			
☐ 1.2.1. Tiers temps	☐ 1.2.1	☐ 1.2.1	☐ 1.2.1 MH103
☐ 1.2.2. Mi-temps pour situation exceptionnelle	☐ 1.2.2	☐ 1.2.2	☐ 1.2.2 MH136
<u>1.3. Préparation des épreuves orales</u>			
☐ 1.3.1. Tiers temps	☐ 1.3.1	☐ 1.3.1	☐ 1.3.1 MH104
☐ 1.3.2. Mi-temps pour situation exceptionnelle	☐ 1.3.2	☐ 1.3.2	☐ 1.3.2 MH13
2. Pause <i>(Elle ne peut excéder le tiers du temps prévu pour chaque épreuve)</i>			
☐ 2.1 Temps compensatoire pour soin, sortir de la salle (accompagné) dans la limite d'1/3 de temps	☐ 2.1	☐ 2.1	☐ 2.1 MH139
☐ 2.2 Possibilité de sortir avant la fin de la première heure (pause, soin)	☐ 2.2	☐ 2.2	☐ 2.2 MH121
3. Locaux, installation de la salle (à préciser)			
☐ 3.1 Accès facile aux sanitaires, possibilité de s'y rendre dès la 1ère heure	☐ 3.1	☐ 3.1	☐ 3.1 MH201
☐ 3.2 Proximité de l'infirmerie	☐ 3.2	☐ 3.2	☐ 3.2 MH202
☐ 3.3 Accessibilité PMR	☐ 3.3	☐ 3.3	☐ 3.3 MH219
☐ 3.4 Position pour lecture labiale	☐ 3.4	☐ 3.4	☐ 3.4 MH208
☐ 3.5 Conditions particulières d'éclairage	☐ 3.5	☐ 3.5	☐ 3.5 MH209
à préciser :			
☐ 3.6 Poste de travail ou mobilier adapté	☐ 3.6	☐ 3.6	☐ 3.6 MH211
A préciser :			
☐ 3.7 Salle à faible effectif (sous réserve de la configuration des locaux)	☐ 3.7	☐ 3.7	☐ 3.7 MH221
☐ 3.8 Seul dans une salle (situation exceptionnelle)	☐ 3.8	☐ 3.8	☐ 3.8 MH220
AMÉNAGEMENTS TECHNIQUES			
4. Aides techniques			
<u>4.1 Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion internet et proximité des prises de courant)</u>			
☐ 4.1.1 Ordinateur ou tablette du candidat	☐ 4.1.1	☐ 4.1.1	☐ 4.1.1 MH421
☐ 4.1.2 Ordinateur fourni par le centre d'examen	☐ 4.1.2	☐ 4.1.2	☐ 4.1.2 MH422
☐ 4.1.3 Utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe et hors connexion internet	☐ 4.1.3	☐ 4.1.3	☐ 4.1.3 MH405
A préciser :			
☐ 4.1.4 Utilisation du correcteur d'orthographe (hors connexion internet)	☐ 4.1.4	☐ 4.1.4	☐ 4.1.4 MH415

4.2 Matériel particulier apporté par le candidat, sauf ordinateur ou tablette				
☐ 4.2.1 Calculatrice simple non programmable	☐ 4.2.1	☐ 4.2.1	☐ 4.2.1	MH402
☐ 4.2.2 Utilisation de matériel particulier apporté par le candidat A préciser :	☐ 4.2.2	☐ 4.2.2	☐ 4.2.2	MH419
☐ 4.2.3 Matériel spécifique pour les candidats déficients visuels A préciser :	☐ 4.2.3	☐ 4.2.3	☐ 4.2.3	MH420
5. Mise en forme des sujets				
☐ 5.1 Sujet en braille intégral	☐ 5.1	☐ 5.1	☐ 5.1	MH301
☐ 5.2 Sujet en braille abrégé	☐ 5.2	☐ 5.2	☐ 5.2	MH302
☐ 5.3 Sujet en caractères agrandis Arial 16	☐ 5.3	☐ 5.3	☐ 5.3	MH310
☐ 5.4 Sujet en caractères agrandis Arial 20	☐ 5.4	☐ 5.4	☐ 5.4	MH303
☐ 5.5 Sujet en caractères agrandis Arial 24	☐ 5.5	☐ 5.5	☐ 5.5	MH316
☐ 5.6 Sujet en format numérique non modifiable	☐ 5.6	☐ 5.6	☐ 5.6	MH317
☐ 5.7 Sujet en A3	☐ 5.7	☐ 5.7	☐ 5.7	MH304
☐ 5.8 Sujet avec lexique	☐ 5.8	☐ 5.8	☐ 5.8	MH312
6 .Communication				
☐ 6.1 – Port par le surveillant d'un système Haute Fréquence	☐ 6.1	☐ 6.1	☐ 6.1	MH401
☐ 6.2 – Consignes orales données par écrit au candidat (déficience auditive)	☐ 6.2	☐ 6.2	☐ 6.2	MH670
AIDES HUMAINES				
7. Aides humaines				
☐ 7.1 Secrétaire scripteur	☐ 7.1	☐ 7.1	☐ 7.1	MH513
☐ 7.2 Reformulation du sujet et des consignes pour toutes les épreuves (à la demande du candidat)	☐ 7.2	☐ 7.2	☐ 7.2	MH529
☐ 7.3 Assistant pour séquençage des consignes complexes (à la demande du candidat)	☐ 7.3	☐ 7.3	☐ 7.3	MH534
☐ 7.4 Assistant pour expliciter les sens second et métaphorique	☐ 7.4	☐ 7.4	☐ 7.4	MH523
☐ 7.5 Interprète en langue des signes française (LSF) pour les épreuves orales uniquement	☐ 7.5	☐ 7.5	☐ 7.5	MH526
☐ 7.6 Aide pour le passage aux toilettes	☐ 7.6	☐ 7.6	☐ 7.6	MH506
☐ 7.7 Codeur en langue française parlée complétée (LfPC)	☐ 7.7	☐ 7.7	☐ 7.7	MH527
☐ 7.8 Lecture orale des consignes en articulant et en se plaçant face au candidat (déficience auditive)	☐ 7.8	☐ 7.8	☐ 7.8	MH530
☐ 7.9 Assistance d'un AESH	☐ 7.9	☐ 7.9	☐ 7.9	MH533
☐ 7.10 Aide à l'installation matérielle dans la salle - accompagnement avant l'épreuve	☐ 7.10	☐ 7.10	☐ 7.10	MH528
☐ 7.11 Assistant spécialisé trouble de la fonction visuelle, dont enseignant spécialisé (CAPPEI TFV ou professeur CAEGADV)	☐ 7.11	☐ 7.11	☐ 7.11	MH525
☐ 7.12 Assistant spécialisé dans la rééducation des sourds/spécialiste facilitant la lecture labiale	☐ 7.12	☐ 7.12	☐ 7.12	MH502

ADAPTATIONS ET DISPENSES

8. Adaptations d'épreuves conformes à la réglementation en vigueur

8.1 – Adaptations générales

☐ 8.1.1 Passages en priorité pour les épreuves orales	☐ 8.1.1	☐ 8.1.1	☐ 8.1.1	MH632
☐ 8.1.2 Passage des épreuves en milieu hospitalier	☐ 8.1.2	☐ 8.1.2	☐ 8.1.2	MH631
☐ 8.1.3 Questions et réponses par écrit pour les épreuves orales	☐ 8.1.3	☐ 8.1.3	☐ 8.1.3	MH643

RÉCAPITULATIF DES AMÉNAGEMENTS SOLLICITÉS 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

Signature des responsables légaux (candidat mineur)

Chef d'établissement

Nom :

Prénom :

Cachet / Signature

Médecin désigné par la CDAPH

Nom :

Prénom :

Cachet / Signature

Autorité Administrative

Nom :

Prénom :

Cachet / Signature