

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES DU
DIPLOME NATIONAL DU BREVET et CERTIFICAT DE FORMATION GÉNÉRALE**

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 ☐ Scolarisé – précisez l'établissement scolaire où est inscrit le candidat			
Nom de l'établissement :			
Ville :		Tél :	
Courriel :			

EXAMEN PRÉSENTÉ

- ☐ **Diplôme national du brevet**
☐ Série générale
☐ Série professionnelle
- ☐ **Certificat de formation générale**

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
☐ 1.1.2. Mi-temps pour situation exceptionnelle	☐ 1.1.2	☐ 1.1.2	☐ 1.1.2 MH135
<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. Mi-temps pour situation exceptionnelle	☐ 1.3.1	☐ 1.3.1	☐ 1.3.1 MH104
2. Pause (Elle ne peut excéder le tiers du temps prévu pour chaque épreuve)			
☐ 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) (CFG)	☐ 4.1.4	☐ 4.1.4	☐ 4.1.4 MH415

☐ 4.1.5 Utilisation du correcteur d'orthographe (sauf pour l'épreuve de réécriture et de dictée) (DNB) <u>4.2 Matériel particulier apporté par le candidat, sauf ordinateur ou tablette</u> ☐ 4.2.1 Calculatrice simple non programmable ☐ 4.2.2 Utilisation de matériel particulier apporté par le candidat A préciser : ☐ 4.2.3 Matériel spécifique pour les candidats déficients visuels A préciser :	☐ 4.1.5 ☐ 4.2.1 ☐ 4.2.2 ☐ 4.2.3	☐ 4.1.5 ☐ 4.2.1 ☐ 4.2.2 ☐ 4.2.3	☐ 4.1.5 ☐ 4.2.1 ☐ 4.2.2 ☐ 4.2.3	MH404 MH402 MH419 MH420
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 non modifiable ☐ 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	☐ 5.1 ☐ 5.2 ☐ 5.3 ☐ 5.4 ☐ 5.5 ☐ 5.6 ☐ 5.7	MH301 MH302 MH310 MH303 MH316 MH317 MH304
6 .Communication ☐ 6.1 Port par le surveillant d'un système Haute Fréquence ☐ 6.2 Consignes orales données par écrit au candidat (déficience auditive)	☐ 6.1 ☐ 6.2	☐ 6.1 ☐ 6.2	☐ 6.1 ☐ 6.2	MH401 MH670
AIDES HUMAINES				
7. Aides humaines ☐ 7.1 Secrétaire scripteur ☐ 7.2 Reformulation du sujet et des consignes pour toutes les épreuves (à la demande du candidat) ☐ 7.3 Assistant pour séquençage des consignes complexes (à la demande du candidat) ☐ 7.4 Assistant pour expliciter les sens second et métaphorique ☐ 7.5 Interprète en langue des signes française (LSF) pour les épreuves orales uniquement ☐ 7.6 Aide pour le passage aux toilettes ☐ 7.7 Codeur en langue française parlée complétée (LfPC) ☐ 7.8 Lecture orale des consignes en articulant et en se plaçant face au candidat (déficience auditive) ☐ 7.9 Assistance d'un AESH ☐ 7.10 Aide à l'installation matérielle dans la salle - accompagnement avant l'épreuve ☐ 7.11 Assistant spécialisé trouble de la fonction visuelle, dont enseignant spécialisé (CAPPEI TFF ou professeur CAEGADV) ☐ 7.12 Assistant spécialisé dans la rééducation des sourds/spécialiste facilitant la lecture labiale	☐ 7.1 ☐ 7.2 ☐ 7.3 ☐ 7.4 ☐ 7.5 ☐ 7.6 ☐ 7.7 ☐ 7.8 ☐ 7.9 ☐ 7.10 ☐ 7.11 ☐ 7.12	☐ 7.1 ☐ 7.2 ☐ 7.3 ☐ 7.4 ☐ 7.5 ☐ 7.6 ☐ 7.7 ☐ 7.8 ☐ 7.9 ☐ 7.10 ☐ 7.11 ☐ 7.12	☐ 7.1 ☐ 7.2 ☐ 7.3 ☐ 7.4 ☐ 7.5 ☐ 7.6 ☐ 7.7 ☐ 7.8 ☐ 7.9 ☐ 7.10 ☐ 7.11 ☐ 7.12	MH513 MH529 MH534 MH523 MH526 MH506 MH527 MH530 MH533 MH528 MH525 MH502

ADAPTATIONS ET DISPENSES

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

8.1 Adaptations générales

☐ 8.1.1 Possibilité de communiquer par écrit entre le candidat et le jury pour les épreuves orales et/ou pratiques

☐ 8.1.1

☐ 8.1.1

☐ 8.1.1

MH671

☐ 8.1.2 Passages en priorité pour les épreuves orales

☐ 8.1.2

☐ 8.1.2

☐ 8.1.2

MH632

☐ 8.1.3 Non prise en compte de la qualité rédactionnelle dont l'orthographe

☐ 8.1.3

☐ 8.1.3

☐ 8.1.3

MH665

☐ 8.1.4 Passage des épreuves en milieu hospitalier

☐ 8.1.4

☐ 8.1.4

☐ 8.1.4

MH631

8.2 Aménagements spécifiques DNB ou CFG

Épreuve écrite de mathématiques et de technologie (DNB)

☐ 8.2.1. Adaptation de l'exercice ou des questions d'algorithmique de l'épreuve de mathématiques et de technologie pour les candidats présentant un trouble visuel ou neuro visuel en lien avec les outils pédagogiques utilisés par le candidat

☐ 8.2.1

☐ 8.2.1

☐ 8.2.1

MH627

☐ 8.2.2. Neutralisation de l'exercice ou des questions d'algorithmique de l'épreuve de mathématiques et de technologie

☐ 8.2.2

☐ 8.2.2

☐ 8.2.2

MH628

Exercice de dictée de l'épreuve écrite de français (DNB)

☐ 8.2.3 Dictée aménagée - Adaptation pour les candidats présentant un trouble du langage écrit, oral, de la parole, de l'automatisation du langage écrit ou un trouble des fonctions auditives

☐ 8.2.3

☐ 8.2.3

☐ 8.2.3

MH611

Épreuve orale de soutenance de projet (DNB et CFG)

☐ 8.2.4 Adaptation de l'épreuve orale de soutenance de projet pour les candidats présentant un trouble du langage oral ou de la parole les autorisant à s'exprimer selon les modalités qu'ils utilisent habituellement dans les situations de communication orale

☐ 8.2.4

☐ 8.2.4

☐ 8.2.4

MH624

9. Dispenses de partie d'épreuves ou d'épreuves

☐ 9.1 Dispense de l'exercice de tâche cartographique pour l'épreuve écrite d'histoire géographie et enseignement morale et civique (DNB)

☐ 9.1

☐ 9.1

☐ 9.1

MH606

☐ 9.2 Dispense de l'évaluation de LV2 (candidats scolaires, DNB et CFG)

☐ 9.2

☐ 9.2

☐ 9.2

MH605

☐ 10. Étalement du passage des épreuves

Compléter le formulaire d'étalement et le joindre à la demande.

☐ 10.

☐ 10.

☐ 10.

MH610
MH664

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