**DOCUMENT N° 3**

 **INFORMATIONS POUR UNE DEMANDE D’AMENAGEMENT AUX EXAMENS :**

 **A REMPLIR PAR LA FAMILLE OU PAR L’ELEVE MAJEUR**

**Informations relatives au candidat**

**NOM :**   **Prénom** : **Date de naissance** :

Adresse et téléphone :

Adresse mail de l’élève majeur ou des parents:

Examen préparé : Niveau de classe :

Etablissement scolaire :

Ville de l’établissement :

**DIAGNOSTIC DU HANDICAP OU DE LA PATHOLOGIE pour lequel vous demandez l’aménagement**

**des examens :**

**Autres antécédents médicaux :**

**Service hospitalier, de soins ou professionnel qui suit l’élève :**

- Si demandes d’aménagements antérieures, **quels examens** ……………………………………………

 **Accord** ? **[ ]**  Oui **[ ]** Non **Si oui, fournir la notification du service des examens**

- **Redoublements** pendant la scolarité : **[ ]**  Oui **[ ]**  Non Si oui, quelle(s) classe(s) :

- **Scolarité particulière** dans le parcours : à préciser : lieu et durée (CLIS, ULIS, établissement spécialisé, CNED, AVS, autres)

- **Suivi orthophonique** : **[ ]**  Oui **[ ]**  Non Si oui, à quelle fréquence :

Depuis quel âge et jusqu’à quel âge :

- Votre enfant a-t-il eu **un retard de langage** pendant la petite enfance : **[ ]**  Oui **[ ]**  Non

- **Aménagements dans l’établissement** :

 - **professeurs informés** de la pathologie/handicap : **[ ]**  Oui **[ ]**  Non **[ ]**  Ne sait pas

 - **aménagement des contrôles et devoirs sur table** : **[ ]**  Oui **[ ]**  Non **[ ]**  Ne sait pas

 Si oui, préciser comment :

 - **matériel adapté** mis en place : **[ ]**  Oui **[ ]**  Non **[ ]**  Ne sait pas

 Si oui, préciser lequel :

- **autres aménagements** mis en place par l’équipe pédagogique:

 Si oui, préciser lesquels :

 - **Présence d’un AVS** (**Auxiliaire de Vie Scolaire**) attaché à l’élève : **[ ]**  Oui **[ ]**  Non

 - **PAI** **Projet d’Accueil Individualisé** : **[ ]**  Oui (si oui, fournir copie) **[ ]**  Non

 - **PPS Projet Personnalisé de Scolarité :** **[ ]**  Oui (si oui, fournir copie de la notification de la CDAPH) **[ ]**  Non

 - **PAP Plan d’Accompagnement Personnalisé** : **[ ]**  Oui (fournir copie) **[ ]**  Non

- **Avez-vous rencontré le médecin scolaire** : **[ ]**  Oui **[ ]** Non Quand ?

- **Dossier MDPH** : **[ ]**  Oui **[ ]**  Non pour quel motif …………………………………………………

- **Difficultés rencontrées (à décrire) :**