



PRÉFET DE LA RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR
Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la cohésion Sociale - Provence Alpes Côte d'Azur
DIPLOMES D'ETAT EN TRAVAIL SOCIAL
CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP
DEMANDE D'AMENAGEMENTS D'EPREUVES

INSTRUCTIONS

Les candidats devront fournir :

- le présent imprimé dûment renseigné (cadre réservé au candidat)
- un dossier médical complet et détaillé précisant notamment la nature du handicap
- les notifications MDPH si existantes et notifications des aménagements d'examens antérieurs
- En fonction de la nature du handicap les pièces suivantes sont à présenter :

➤ Pour les handicapés visuels

- joindre un certificat médical détaillé établi par un ophtalmologiste qualifié précisant :

- ❖ L'acuité visuelle après correction
 - de près nystagmus
 - de loin albinisme
- ❖ Les troubles associés atteinte du champ visuel
vision binoculaire
- ❖ Le mode de lecture utilisée
- ❖ Les aides techniques nécessaires matérielles
humaines

➤ Pour les handicapés auditifs

- Joindre un certificat médical établi par un oto-rhino-laryngologiste qualifié, accompagné d'un audiogramme tonal récent et précisant le mode de communication habituellement utilisé

➤ Pour les handicapés moteurs

-Joindre un certificat médical par un spécialiste consultant (orthopédiste, neurologue, médecin de rééducation fonctionnelle) précisant :

- ❖ L'atteinte fonctionnelle détaillée touchant les membres supérieurs, ainsi que la nécessité d'utiliser un matériel technique (machine à écrire, etc.) et/ou une assistance
- ❖ L'atteinte fonctionnelle des membres inférieurs, détaillant également le mode de locomotion utilisé (fauteuil, cannes, appareillage orthopédique etc.)

➤ Pour la dyslexie

- Joindre un certificat médical détaillé établi par un médecin spécialiste (même ancien) établissant le diagnostic

➤ Pour les autres handicaps

Joindre un certificat médical établi par un médecin spécialiste précisant la nature du handicap et ses conséquences

Diplôme présenté :
Etablissement de formation :

Nom : Prénom :
Date de naissance :

Sexe : F M

Adresse :
Téléphone
Email :

Le dossier médical détaillé sera joint sous pli confidentiel au nom du médecin de la DRDJSCS, agrappé au présent imprimé dûment complété, et transmis à : DRDJSCS, service formations /certifications sociales, 66 A rue Saint Sébastien 13006 Marseille
Aucune demande ne sera instruite en l'absence de certificat médical détaillé et après la date limite du dépôt du dossier

Nom :

Prénom :

A remplir par l'établissement

Le candidat bénéficie-t-il en cours d'année d'aménagements spéciaux : OUI

NON

Si oui de quels aménagements :

Avis quant aux mesures sollicitées par le candidat : FAVORABLE

DEFAVORABLE

Motifs :

Signature du responsable de l'organisme de formation et du médecin

A.....le

A remplir par le candidat (le cas échéant par son représentant légal)

-Visuel

-Auditif

-Troubles spécifiques des apprentissages

-Moteur

-Autre

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement d'examen ?

OUI

NON

Date

Dans l'affirmative, produire la notification de la MDPH

| MESURES POSSIBLES | | MESURES SOUHAITEES | | Mesures retenues par la C.D.A.P.H | A remplir par le médecin désigné par la C.D.A.P.H |
|---|--|---|---|--|--|
| Types de mesures | Types de handicap | Epreuves écrites et pratiques | Epreuves orales | | |
| Temps de composition majoré d'un tiers | <input type="checkbox"/> VISUEL <input type="checkbox"/> MOTEUR <input type="checkbox"/> AUDITIF <input type="checkbox"/> AUTRE | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Je soussigné, NOM : Prénom : |
| Accessibilité des locaux | MOTEUR | <input type="checkbox"/> OUI Mesures : <input type="checkbox"/> NON | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| Utilisation d'une machine* <input type="checkbox"/> Machine à écrire <input type="checkbox"/> Micro-ordinateur <input type="checkbox"/> Matériel spécifique (logiciel) *A fournir par le candidat | <input type="checkbox"/> MOTEUR (si le handicap rend impossible l'écriture manuelle) <input type="checkbox"/> VISUEL <input type="checkbox"/> AUTRE | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Médecin désigné par la C.D.A.P.H certifie que le candidat susnommé, doit bénéficier des mesures retenues ci-contre : <input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable |
| Présentation des sujets | VISUEL | Choix possibles : <input type="checkbox"/> Braille intégral <input type="checkbox"/> Braille abrégé <input type="checkbox"/> Gros caractères A3 141% | Choix possibles : <input type="checkbox"/> Braille intégral <input type="checkbox"/> Braille abrégé <input type="checkbox"/> Gros caractères A3 141% | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| | AUDITIF | <input type="checkbox"/> Assistance d'un spécialiste en LSF ou LPC | <input type="checkbox"/> Assistance d'un spécialiste en LSF ou LPC | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| Composition du candidat sur sa copie | VISUEL | Choix possibles : <input type="checkbox"/> Braille intégral <input type="checkbox"/> Braille abrégé <input type="checkbox"/> Gros caractères A3 141% | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| | AUDITIF | <input type="checkbox"/> Dictée fautive (choix multiples) | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| Epreuves orales avec réponses écrites | <input type="checkbox"/> MOTEUR (si le handicap rend impossible l'expression orale) <input type="checkbox"/> AUDITIF <input type="checkbox"/> AUTRE | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | A..... |
| Assistance d'une secrétaire pendant l'épreuve | <input type="checkbox"/> MOTEUR (si le handicap rend impossible l'expression orale) <input type="checkbox"/> AUTRE | | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Le..... Cachet et signature |
| Assistance d'un spécialiste de : <input type="checkbox"/> LSF <input type="checkbox"/> Français signé <input type="checkbox"/> Lecture labiale <input type="checkbox"/> Avec LPC <input type="checkbox"/> Sans LPC | AUDITIF | <input type="checkbox"/> LSF <input type="checkbox"/> Français signé <input type="checkbox"/> Lecture labiale <input type="checkbox"/> Avec LPC <input type="checkbox"/> Sans LPC | <input type="checkbox"/> LSF <input type="checkbox"/> Français signé <input type="checkbox"/> Lecture labiale <input type="checkbox"/> Avec LPC <input type="checkbox"/> Sans LPC | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | En cas d'avis défavorable motivation indispensable |
| Assistance d'un spécialiste ou d'un enseignant | VISUEL | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |

SIGNATURE DU CANDIDAT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL :

.....le