FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENTS D'EPREUVES

A UNE SESSION D'EXAMEN CONDUISANT A UN TITRE PROFESSIONNEL DU MINISTERE DU TRAVAIL

L 5211-4 et D 5211-2 du code du travail

Partie à établir et à signer par le candidat et l'organisme de formation

Prénom | Nom de naissance | Nom d'usage

Adresse | Complément d'adresse

Ville | Code postal | Adresse mail

Téléphone | Certification présentée (Titre, CCS, CCP,...)

Nom et coordonnées du Centre de Formation | Date prévisionnelle examen

SITUATION DU DEMANDEUR (joindre le justificatif – Cf. note explicative jointe)

Appartient à une des catégories mentionnées à l'alinéa 2°, 3°, 4°, 9°, 10° ou 11° de l'article L 5212-13 du code du travail OU est reconnu travailleur handicapé

Présente un trouble de santé invalidant temporaire – article L 114 du code de l'action sociale et des familles

AMENAGEMENT(S) DEMANDE(S)

- ☐ Majoration du temps d'épreuves (préciser le taux de majoration et pour quelles épreuves : écrites, orales, pratiques, préparation des épreuves orales et pratiques)
- ☐ Accessibilité des locaux (à préciser : ascenseur, salle d'épreuve au rez-de-chaussée, etc…)
- ☐ Installation particulière de la salle d'épreuve (à préciser : éclairage particulier…) Installation de matériel particulier (à préciser : loupe, ordinateur, clavier braille…)
- ☐ Agrandissement des sujets (à préciser : format du papier A3-A4, police, taille de caractère…)
- ☐ Sujet en braille (à préciser braille intégral ou braille abrégé)
- ☐ Assistance d'une tierce personne (préciser pour quelles épreuves : écrites, orales, pratiques, et la nature et la durée de cette assistance : pour le lancement de l'épreuve ou pour toute la durée de l'épreuve)
- ☐ Autres aménagements (à préciser) :

A , le

Signature du candidat

OBSERVATIONS DU CENTRE DE FORMATION

A l'attention du médecin : les examens organisés par le Ministère du Travail consistent en des mises en situation professionnelles s'apparentent à des situations de travail en entreprise.

PROGRAMME DE LA SESSION D'EXAMEN

(annexer un descriptif de l'examen - épreuves, contenus, durées - à destination du médecin)

1) Epreuve(s) écrite(s) :

Nature de(s) l'épreuve(s) :	Autres (préciser les conditions, travail sur écran, table de dessin…)	Durée :

2) Mise en situation professionnelle :

Travaux devant être réalisés :	Durée :

3) Entretien oral :

☐ Entretien technique Durée :

☐ Entretien final Durée :

FORMATION

Le candidat a-t-il bénéficié d'aménagements particuliers pendant la formation :

○ NON ○ OUI (préciser) :

Préciser quelles sont les éventuelles difficultés particulières rencontrées par le candidat pendant la formation :

☐ Problème de manutention
☐ Port de charges lourdes
☐ Expression et compréhension orale, maîtrise de la langue française
☐ Lecture d'images, cartes, figures
☐ Lecture de textes ou énoncés
☐ Compréhension du texte lu
☐ Autres (préciser) :

Fait à :	Le :	Nom, signature et cachet du responsable de la session d'examen

FORMULAIRE MEDICAL

A établir et à signer par le médecin

***

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX POUR LES DEMANDES D'AMENAGEMENTS A UNE SESSION D'EXAMEN

CONDUISANT A UN TITRE PROFESSIONNEL DU MINISTERE DU TRAVAIL

Renseignements confidentiels à transmettre sous pli fermé

NOTE A L'ATTENTION DU MEDECIN : Les informations consignées dans ce document sont strictement confidentielles. Elles ont pour objet d'aider l'organisme organisateur de la session d'examen à mettre en œuvre les aménagements préconisés. Vous pouvez renseigner le questionnaire ci-après ou rédiger votre avis sur papier libre si le formulaire ne vous paraît pas adapté (pathologie, propositions d'aménagement eu égard à la nature et à la durée des épreuves d'examen).

NOM, Prénom du patient :

Date et lieu de naissance :

Certification visée :

Motif de la demande d'aménagement d'examen :

☐ Trouble du langage oral [Aides techniques ou humaines nécessaires à préciser au chapitre suivant]

☐ Trouble du langage écrit [Aides techniques ou humaines nécessaires à préciser au chapitre suivant]

☐ Déficience visuelle [Aides techniques ou humaines nécessaires à préciser au chapitre suivant]

☐ Déficience auditive [Aides techniques ou humaines nécessaires à préciser au chapitre suivant] :

◯ unilatérale ◯ bilatérale

- Sévérité
- Appareillage
- LSF + interprète LSF ou autre

☐ Troubles moteurs :

☐ L'atteinte fonctionnelle touche les membres supérieurs et nécessite d'utiliser un matériel technique (machine à écrire, micro-ordinateur avec imprimante …) et/ou une assistance (à préciser au chapitre suivant)

☐ L'atteinte fonctionnelle des membres inférieurs nécessite l'utilisation d'un fauteuil, cannes, appareillage orthopédique (à préciser au chapitre suivant)

☐ Limitation d'activités temporaire ou permanente consécutive à un accident ou à une maladie chronique invalidante: [descriptif des précautions à prendre et des pauses nécessaires à préciser au chapitre suivant]

☐ Maladies chroniques invalidantes : [descriptif des précautions à prendre et des pauses nécessaires à préciser au chapitre suivant]

☐ Troubles cognitifs et psychiques : [descriptif des précautions à prendre et des aménagements nécessaires à préciser au chapitre suivant]

Proposition du médecin pour les aménagements d'épreuves d'examen

☐ Aménagement quant à l'accessibilité des locaux (préciser) :

☐ Installation matérielle (préciser) :

Aide technique ou humaine [préciser pour quelle(s) épreuve(s)] :

- ☐ Assistance d'une tierce personne (préciser) :
- ☐ Assistance d'un personnel spécialisé (préciser) :
- ☐ Utilisation d'un ordinateur (préciser) :
- ☐ Adaptation de la taille ou de la police des sujets d'épreuves (préciser) :
- ☐ Sujets en braille (préciser) :
- ☐ Composition en braille (préciser) :

Majoration du temps d'épreuve (préciser le taux de majoration – maxi 30%) :

- ☐ - Épreuve(s) écrite(s) : ☐ %
- ☐ - Épreuve(s) orale(s) : ☐ %
- ☐ - Epreuve(s) pratique(s) : ☐ %

☐ Modification du déroulement de la session sans temps additionnel (à préciser)

☐ Autorisation d'absence de 15 mn ou 30 mn à heure fixe (à préciser, par exemple : piqûre)

☐ Autres :

Cachet et signature du médecin

A ☐, le ☐

NOTICE EXPLICATIVE

Le candidat à une session d'examen conduisant à un titre professionnel (TP), un Certificat de Compétence Professionnelle (CCP) ou un Certificat Complémentaire de Spécialisation (CCS) du ministère du Travail qui souhaite demander un aménagement d'épreuves, doit:

- Compléter le formulaire de demande d'aménagements d'épreuves, conjointement avec le centre de formation (quand il est issu d'un parcours de formation) ;
- Communiquer ce formulaire à son médecin (traitant, spécialiste, MDPH) ;
- Demander à ce médecin de compléter la partie « formulaire médical » ;
- Envoyer ou remettre l'ensemble de ces documents dûment complétés à l'organisme organisateur de la session d'examen, pour étude de faisabilité, et au plus tard 3 mois avant la date de démarrage de la session d'examen.

L'Unité Départementale de la DIRECCTE transmet sa décision au candidat (copie au centre de formation qui devra en tenir compte pour l'organisation de la session d'examen).

Le centre de formation doit :

- Compléter sa partie du formulaire de demande d'aménagements d'épreuves, une fois celui-ci renseigné et adressé par le demandeur ;
- Joindre au dossier adressé au médecin un descriptif de l'examen (épreuves, contenus, durées) ;
- Adresser sans attendre à l'UD compétente dans les formes prescrites par la DIRECCTE concernée, le planning d'examen aménagé pour ce candidat.