

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

Procédure complète

Session 2025

FORMULAIRE A RENSEIGNER AU PLUS TARD AVANT LA DATE LIMITE D'INSCRIPTION A L'EXAMEN

Ce formulaire de demande d'aménagements des conditions de passation des épreuves du DNB ou du CFG est à compléter par les représentants légaux du candidat ou le candidat s'il est majeur et par l'équipe pédagogique. En cas d'échec à l'examen, les aménagements accordés lors de la précédente session sont reconduits à l'identique. Pour une demande d'aménagements différents, une nouvelle procédure doit être effectuée.

Actuellement, le candidat :

- ☐ **Ne dispose d'aucun aménagement sur le temps scolaire**
☐ **Dispose d'aménagements sur le temps scolaire mais souhaite des aménagements complémentaires**
☐ **Présente une limitation temporaire d'activité (les aménagements accordés ne seront pas reconduits l'année suivante)**

IDENTITE DU CANDIDAT

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

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

Adresse :

..... Tél. :

Adresse électronique :

Nom et adresse du représentant légal (si différent) :

.....

Classe

Candidat :

☐ individuel

☐ scolarisé - précisez l'établissement scolaire où est inscrit le candidat

.....

Ville : Tél : Courriel :

EXAMEN PRESENTE

☐ **Diplôme national du brevet** - Session ☐ 2025 ☐ 2026

☐ Série générale

☐ Série professionnelle

☐ **Certificat de formation générale** - Session ☐ 2025 ☐ 2026

AMENAGEMENTS DE LA SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE OU DE L'ANNEE 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	

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

NOM..... PRENOM.....

Aménagements sollicités par <u>les</u> <u>représentants légaux du candidat</u> <u>ou le candidat majeur</u>	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
TEMPS OU ESPACE			
1. Temps majoré 1.1. Epreuves écrites ☐ 1.1.1 - tiers temps ☐ 1.1.2 - autres (supérieur au tiers temps pour situations exceptionnelles) 1.2. Epreuves orales ☐ 1.2.1 - tiers temps ☐ 1.2.2 - autres (supérieur au tiers temps pour situations exceptionnelles) 1.3. Toutes les épreuves ☐ 1.3.1 - tiers temps ☐ 1.3.2 - autres (supérieur au tiers temps pour situations exceptionnelles) Observations :	☐ 1.1.1 ☐ 1.1.2 ☐ 1.2.1 ☐ 1.2.2 ☐ 1.3.1 ☐ 1.3.2 Observations :	☐ 1.1.1 ☐ 1.1.2 ☐ 1.2.1 ☐ 1.2.2 ☐ 1.3.1 ☐ 1.3.2 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 1.1.1 – MH102 ☐ 1.1.2 – MH101 ☐ 1.2.1 – MH103 ☐ 1.2.2 ☐ 1.3.1 – MH106 ☐ 1.3.2 Refus à motiver :
2. Pause Elle ne peut excéder le tiers temps prévu pour chaque épreuve ☐ 2.1 - temps compensatoire pour soins ☐ 2.2 - possibilité de se lever ou pause sans temps compensatoire ☐ 2.3 - possibilité de sortir avant la fin de la première heure (pause, soins) ☐ 2.4 - possibilité de se lever ou pause avec temps compensatoire (pour rappel, dans la limite d'un tiers temps)	☐ 2.1 ☐ 2.2 ☐ 2.3 ☐ 2.4 Observations :	☐ 2.1 ☐ 2.2 ☐ 2.3 ☐ 2.4 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 2.1 – MH119 ☐ 2.2 – MH120 ☐ 2.3 – MH121 ☐ 2.4 – MH126 Refus à motiver :

NOM..... PRENOM.....

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
3 - Locaux, installation de la salle (à préciser) : ☐ 3.1 – accès facile aux sanitaires ☐ 3.2 – proximité de l'infirmerie ☐ 3.3 – accessibilité des locaux (RDC ou accès ascenseur) ☐ 3.4 – accessibilité des locaux fauteuil roulant ☐ 3.5 – proximité d'une prise de courant ☐ 3.6 – conditions particulières d'éclairage à préciser : ☐ 3.7 - poste de travail ou mobilier adapté à préciser : ☐ 3.8 - salle à faible effectif ☐ 3.9 - seul dans une salle (situation exceptionnelle) ☐ 3.8 ☐ 3.9 Observations :	☐ 3.1 ☐ 3.2 ☐ 3.3 ☐ 3.4 ☐ 3.5 ☐ 3.6 ☐ 3.7 ☐ 3.8 ☐ 3.9 Observations :	☐ 3.1 ☐ 3.2 ☐ 3.3 ☐ 3.4 ☐ 3.5 ☐ 3.6 ☐ 3.7 ☐ 3.8 ☐ 3.9 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 3.1 – MH201 ☐ 3.2 – MH202 ☐ 3.3 – MH204/MH205 ☐ 3.4 – MH206 ☐ 3.5 – MH207 ☐ 3.6 – MH209 ☐ 3.7 – MH211 ☐ 3.8 – MH214 ☐ 3.9 – MH212 Refus à motiver :

AMENAGEMENTS TECHNIQUES			
4 - Aides techniques 4- 1 Utilisation d'un ordinateur ou d'une tablette (hors connexion) ☐ 4.1.1 – ordinateur ou tablette du candidat ☐ 4.1.2 – ordinateur fourni par le centre d'examen ☐ 4.1.3 – utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe. A préciser :	☐ 4.1.1 ☐ 4.1.2 ☐ 4.1.3	☐ 4.1.1 ☐ 4.1.2 ☐ 4.1.3	Valide la demande ☐ 4.1.1 – MH413 ☐ 4.1.2 – MH414 ☐ 4.1.3 – MH405
<i>Dans le cas d'utilisation de logiciels spécifiques sur l'ordinateur du centre, il appartient au candidat d'apporter les logiciels et d'en demander leur installation avant l'épreuve.</i> Certains logiciels peuvent ne pas être autorisés aux examens.			
4.2 - Matériel particulier apporté par le candidat sauf ordinateur ou tablette (à préciser) : ☐ 4.2.1 - calculatrice simple non programmable ☐ 4.2.2 - machine braille ☐ 4.2.3 - système Haute Fréquence	☐ 4.2.1 ☐ 4.2.2 ☐ 4.2.3	☐ 4.2.1 ☐ 4.2.2 ☐ 4.2.3	☐ 4.2.1 – MH402 ☐ 4.2.2 – MH403 ☐ 4.2.3 – MH403

NOM..... PRENOM.....

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
☐ 4.2.4 - autres 	☐ 4.2.4 Observations : 	☐ 4.2.4 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs : 	☐ 4.2.4 – MH403 Refus à motiver :
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 PDF ☐ 5.7 – sujets en A3 (non cumulable avec un sujet en caractères agrandis Arial 16 ou Arial 20 ou Arial 24)	☐ 5.1 ☐ 5.2 ☐ 5.3 ☐ 5.4 ☐ 5.5 ☐ 5.6 ☐ 5.7 Observations : 	☐ 5.1 ☐ 5.2 ☐ 5.3 ☐ 5.4 ☐ 5.5 ☐ 5.6 ☐ 5.7 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs : 	Valide la demande ☐ 5.1 – MH301 ☐ 5.2 – MH302 ☐ 5.3 – MH310 ☐ 5.4 – MH303 ☐ 5.5 – MH306 ☐ 5.6 – MH304 ☐ 5.7 – MH316 Refus à motiver :
6 - Communication ☐ 6.1 - Port par le surveillant du système HF pour les épreuves écrites et /ou orales ☐ 6.2 - En cas de consignes orales, celles-ci devront être données à voix haute en articulant, le surveillant se plaçant face au candidat ☐ 6.3 Consignes orales données par écrit ☐ 6.4 - Autres (à préciser) 	☐ 6.1 ☐ 6.2 ☐ 6.3 ☐ 6.4 Observations : 	☐ 6.1 ☐ 6.2 ☐ 6.3 ☐ 6.4 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs : 	Valide la demande ☐ 6.1 – MH401 ☐ 6.2 – MH508 ☐ 6.3 – MH601 ☐ 6.4 Refus à motiver :

NOM..... PRENOM.....

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
AIDES HUMAINES			
7- Aides humaines Nom, prénom, qualité de la personne envisagée si elle est connue (AESH, enseignant,...) : Nom : Prénom : ☐ 7.1 - assistance d'un AESH ☐ 7.2 - secrétaire lecteur ☐ 7.3 - secrétaire scripteur ☐ 7.4 - secrétaire lecteur scripteur ☐ 7.5 - assistant ☐ 7.5.1 - Reformulation des consignes ☐ 7.5.2 - Séquençage des consignes complexes ☐ 7.5.3 - Explicitation des sens second et métaphorique ☐ 7.5.4 - autre (préciser) ☐ 7.6 - Assistance d'un enseignant spécialisé trouble de la fonction auditive ☐ 7.7 - Assistance d'un interprète en langue des signes française (LSF) pour les épreuves orales uniquement ☐ 7.8 - Assistance d'un codeur en langue française parlée complétée (LfPC)	☐ 7.1 ☐ 7.2 ☐ 7.3 ☐ 7.4 ☐ 7.5.1 ☐ 7.5.2 ☐ 7.5.3 ☐ 7.5.4 ☐ 7.6 ☐ 7.7 ☐ 7.8 Observations :	☐ 7.1 ☐ 7.2 ☐ 7.3 ☐ 7.4 ☐ 7.5.1 ☐ 7.5.2 ☐ 7.5.3 ☐ 7.5.4 ☐ 7.6 ☐ 7.7 ☐ 7.8 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 7.1 – MH514 ☐ 7.2 – MH512 ☐ 7.3 – MH513 ☐ 7.4 – MH516 ☐ 7.5.1 – MH521 ☐ 7.5.2 – MH522 ☐ 7.5.3 – MH523 ☐ 7.5.4 – MH501 ☐ 7.6 - MH502 ☐ 7.7 – MH503 ☐ 7.8 – MH504 Refus à motiver :
ADAPTATIONS ET DISPENSES			
Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
8- Adaptations d'épreuves conformes à la réglementation en vigueur 8.1 – Adaptations générales ☐ 8.1.1 – Communication par écrit pour les épreuves orales et pratiques ☐ 8.1.2 – passage en priorité pour les épreuves orales ☐ 8.1.3 - Autres <i>Préciser le type d'adaptation à l'exception des adaptations de sujets :</i>	☐ 8.1.1 ☐ 8.1.2 ☐ 8.1.3	☐ 8.1.1 ☐ 8.1.2 ☐ 8.1.3	Valide la demande ☐ 8.1.1 – MH602 ☐ 8.1.2 – MH632 ☐ 8.1.3

NOM..... PRENOM.....

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
8.2 – Aménagements spécifiques DNB ou CFG Epreuve écrite de mathématiques (DNB) ☐ 8.2.1 - Adaptation de l'exercice d'algorithmique pour les candidats présentant un trouble visuel ou neuro visuel en lien avec les outils pédagogiques utilisés par le candidat ☐ 8.2.2 – Neutralisation de cet exercice Exercice de dictée de l'épreuve écrite de français (DNB) ☐ 8.2.3 – 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 Epreuve orale de soutenance de projet (DNB et CFG) ☐ 8.2.4 – Adaptation 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	☐ 8.2.1 ☐ 8.2.2 ☐ 8.2.3 ☐ 8.2.4 Observations :	☐ 8.2.1 ☐ 8.2.2 ☐ 8.2.3 ☐ 8.2.4 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	☐ 8.2.1 – MH627 ☐ 8.2.2 – MH628 ☐ 8.2.3 – MH611 ☐ 8.2.4 – MH624 Refus à motiver :
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) ☐ 9.2 - Dispense de l'évaluation de la composante « comprendre, s'exprimer en utilisant une langue étrangère ou régionale » du domaine 1 « les langages pour penser et communiquer » <u>(candidats scolaires) (DNB et CFG)</u> ☐ 9.3 – Dispense de l'épreuve de langue vivante étrangère <u>(candidats individuels) (DNB)</u>	☐ 9.1 ☐ 9.2 ☐ 9.3 Observations :	☐ 9.1 ☐ 9.2 ☐ 9.3 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 9.1 – MH606 ☐ 9.2 – MH605 ☐ 9.3 – MH621 Refus à motiver :

NOM..... PRENOM.....

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique <i>Ne concerne pas les candidats individuels</i>	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
ETALEMENT D'ÉPREUVES OU CONSERVATION DE NOTES			
10 - Etalement du passage des épreuves : ☐ 10.1 - la même année ☐ 10.1.1 - Epreuves organisées en juin (<i>listez les épreuves prévues à cette date</i>) ☐ 10.1.2 - Epreuves organisées en septembre (<i>listez les épreuves prévues à cette date</i>) ☐ 10.2 – année n+1 ☐ 10.2.1 - Epreuves organisées en juin (<i>listez les épreuves prévues à cette date</i>) ☐ 10.2.2 - Epreuves organisées en septembre (<i>listez les épreuves prévues à cette date</i>) ☐ 10.3 – sur plusieurs sessions (<i>préciser pour chaque session, l'intitulé exact des épreuves à passer</i>) :	☐ 10.1.1 ☐ 10.1.2 ☐ 10.2.1 ☐ 10.2.2 ☐ 10.3 Observations :	☐ 10.1.1 ☐ 10.1.2 ☐ 10.2.1 ☐ 10.2.2 ☐ 10.3 Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable ☐ pièces justificatives insuffisantes ☐ aucune pièce justificative ☐ aménagements demandés sans rapport avec difficultés ☐ autres motifs :	Valide la demande ☐ 10.1.1 – MH610 ☐ 10.1.2 – MH610 ☐ 10.2.1 – MH610 ☐ 10.2.2 – MH610 ☐ 10.3 – MH610 Refus à motiver :

RECAPITULATIF DES AMENAGEMENTS SOLLICITES 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

Nom Prénom :

Signature des responsables légaux (si le candidat est mineur)

Chef d'établissement

NOM :

Prénom :

Date :

Signature

Cachet de l'établissement

Médecin désigné par la CDAPH

NOM :

Prénom :

☐ Refus de l'ensemble des demandes d'aménagement

Avis circonstancié obligatoire en cas de refus :

Date :

Signature

Cachet

Autorité administrative

Date :

Signature

Cachet

NOM..... PRENOM.....