MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
Liberté Égalité Fraternité

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES DU BREVET PROFESSIONNEL et DIPLOME DE TECHNICIEN DES MÉTIERS DU SPECTACLE

Procédure complète

Session 2027

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

Ce formulaire de demande d'aménagements des conditions de passation des épreuves du BP et du DTMS 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 de ceux accordés au cours de la scolarité, une procédure complète doit être transmise.

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)**

IDENTITÉ 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
- ❑ Bénéficiaire RQTH
- ❑ Scolarisé – Précisez l'établissement scolaire où est inscrit le candidat
- ❑ Apprenti - Précisez l'établissement scolaire où est inscrit le candidat
- ❑ Stagiaire de la formation professionnelle continue - Précisez le centre de formation où est inscrit le candidat

……

Ville : …… Tél : …….. Courriel : ……

EXAMEN PRÉSENTÉ

❑ BP

Précisez la spécialité du BP :

……

❑ DTMS

Précisez l'option :

……

AMÉNAGEMENTS DE LA SCOLARITÉ DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE OU DE L'ANNÉE EN COURS

- ❑ PPS (joindre la photocopie du PPS ou de la notification)
- ❑ PAI (joindre la photocopie)
- ❑ PAP (joindre la photocopie)
- ❑ AESH (joindre la photocopie)

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

NOM : …….. PRÉNOM : ……..

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique (Ne concerne pas les candidats individuels)	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
ORGANISATION DU TEMPS			
Majoration 1/3 de temps pour les épreuves écrites ❑	❑	❑	❑ - MH102
Majoration 1/2 de temps pour les épreuves écrites pour situation exceptionnelle ❑	❑	❑	❑ - MH135
Majoration 1/3 de temps pour la passation des épreuves orales ❑	❑	❑	❑ - MH103
Majoration 1/2 de temps pour la passation des épreuves orales pour situation exceptionnelle ❑	❑	❑	❑ - MH136
Majoration 1/3 de temps pour la préparation des épreuves orales ❑	❑	❑	❑ - MH104
Majoration 1/2 de temps pour la préparation des épreuves orales pour situation exceptionnelle ❑	❑	❑	❑ - MH137
Majoration 1/3 de temps pour les épreuves pratiques ❑	❑	❑	❑ - MH105
Majoration 1/2 de temps pour les épreuves pratiques pour situation exceptionnelle ❑	❑	❑	❑ - MH138
Majoration 1/3 de temps pour la préparation des épreuves pratiques ❑	❑	❑	❑ - MH129
Possibilité de sortir avant la fin de la première heure (pause, soins) ❑	❑	❑	❑ - MH121
Temps compensatoire pour soin, sortir de la salle (accompagné) dans la limite d'1/3 de temps ❑	❑	❑	❑ - MH139
	Observations : ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……....	**Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable** ❑ Pièces justificatives insuffisantes ❑ Aucune pièce justificative ❑ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ❑ Autres motifs ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……....	**Refus à motiver :** ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……....
ACCES AUX LOCAUX ET INSTALLATION MATERIELLE			
Accès facile aux sanitaires ❑	❑	❑	❑ - MH201
Proximité de l'infirmerie ❑	❑	❑	❑ - MH202
Accessibilité PMR ❑	❑	❑	❑ - MH219
Position pour lecture labiale ❑	❑	❑	❑ - MH208
Conditions particulières d'éclairage à préciser : …..... …..... …..... ❑	❑	❑	❑ - MH209
Poste de travail ou mobilier adapté à préciser : …..... …..... …..... ❑	❑	❑	❑ - MH211
Salle à faible effectif (sous réserve de la configuration des locaux) ❑	❑	❑	❑ - MH221
Seul dans une salle pour situation exceptionnelle ❑	❑	❑	❑ - MH220

NOM : ..... PRENOM : .....

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur		Appréciation de l'équipe pédagogique (Ne concerne pas les candidats individuels)	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
		Observations : ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ……………………………….....	**Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable** ❑ Pièces justificatives insuffisantes ❑ Aucune pièce justificative ❑ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ❑ Autres motifs ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ……………………………….....	**Refus à motiver :** ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ……………………………….....
ADAPTATION SUJETS (SUPPORT SUJET)				
Sujets en braille intégral	❑	❑	❑	❑ - MH301
Sujets en braille abrégé	❑	❑	❑	❑ - MH302
Sujets en caractères agrandis - format A3	❑	❑	❑	❑ - MH304
Sujets en caractères agrandis - arial 16 (non cumulable avec A3)	❑	❑	❑	❑ - MH310
Sujets en caractères agrandis - arial 20 (non cumulable avec A3)	❑	❑	❑	❑ - MH303
Sujets en caractères agrandis - arial 24 (non cumulable avec A3)	❑	❑	❑	❑ - MH316
Sujets en format numérique non modifiable	❑	❑	❑	❑ - MH317
		Observations : ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ……………………………….....	**Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable** ❑ Pièces justificatives insuffisantes ❑ Aucune pièce justificative ❑ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ❑ Autres motifs ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ……………………………….....	**Refus à motiver :** ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ………………………………..... ……………………………….....
AIDES TECHNIQUES				
Port par le surveillant d'un système Haute Fréquence	❑	❑	❑	❑ - MH401
Autorisation de la calculatrice (simple, non programmable et sans mémoire)	❑	❑	❑	❑ - MH402
Utilisation du correcteur d'orthographe (hors connexion internet)	❑	❑	❑	❑ - MH415
Utilisation de l'ordinateur du centre d'épreuves (hors connexion internet) et proximité des prises de courant	❑	❑	❑	❑ - MH422
Utilisation de l'ordinateur ou de la tablette du candidat (hors connexion internet) et proximité des prises de courant	❑	❑	❑	❑ - MH421
Utilisation de logiciels spécifiques habituellement utilisés en classe et hors connexion internet à préciser : …... …... …...	❑	❑	❑	❑ - MH405

NOM : .... PRENOM : ....

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique (Ne concerne pas les candidats individuels)	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
Utilisation de matériel particulier apporté par le candidat à préciser : …..... …..... …..... ❑	❑	❑	❑ - MH419
Matériel spécifique pour les candidats déficients visuels à préciser : …..... …..... …..... ❑	❑	❑	❑ - MH420
	Observations : ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……....	**Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable** ❑ Pièces justificatives insuffisantes ❑ Aucune pièce justificative ❑ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ❑ Autres motifs ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……....	**Refus à motiver :** ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……....
AIDES HUMAINES			
Aide à l'installation matérielle dans la salle - accompagnement avant l'épreuve ❑	❑	❑	❑ - MH528
Aide pour le passage aux toilettes ❑	❑	❑	❑ - MH506
Assistant spécialisé dans la rééducation des sourds/spécialiste facilitant la lecture labiale ❑	❑	❑	❑ - MH502
Interprète en langue des signes française (LSF) pour les épreuves orales uniquement ❑	❑	❑	❑ - MH526
Codeur en langue française parlée complétée (LfPC) ❑	❑	❑	❑ - MH527
Lecture orale des consignes en articulant et en se plaçant face au candidat (déficience auditive) ❑	❑	❑	❑ - MH530
Assistant spécialisé trouble de la fonction visuelle, dont enseignant spécialisé (CAPPEI TFV ou professeur CAEGADV) ❑	❑	❑	❑ - MH525
Assistance pour la lecture des résultats de travaux pratiques (déficience visuelle) ❑	❑	❑	❑ - MH531
Assistance d'un AESH ❑	❑	❑	❑ - MH533
Reformulation du sujet et des consignes pour toutes les épreuves, à la demande du candidat ❑	❑	❑	❑ - MH529
Assistant pour séquençage des consignes complexes, à la demande du candidat ❑	❑	❑	❑ - MH534
Assistant pour expliciter les sens second et métaphorique ❑	❑	❑	❑ - MH523
Assistance d'un(e) secrétaire scripteur ❑	❑	❑	❑ - MH513

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique (Ne concerne pas les candidats individuels)	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
	Observations : ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... …….....	**Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable** ❑ Pièces justificatives insuffisantes ❑ Aucune pièce justificative ❑ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ❑ Autres motifs ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... …….....	**Refus à motiver :** ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... ……..... …….....
NOTATION, DISPENSES ET ADAPTATION D'EPREUVES			
Consignes orales données par écrit au candidat (déficience auditive) ❑	❑	❑	❑ - MH670
Possibilité de communiquer par écrit entre le candidat et le jury pour les épreuves orales et/ou pratiques ❑	❑	❑	❑ - MH671
Passage en priorité pour les épreuves orales ❑	❑	❑	❑ - MH632
Passage des épreuves en milieu hospitalier ❑	❑	❑	❑ - MH631
Non prise en compte de la qualité rédactionnelle dont l'orthographe ❑	❑	❑	❑ - MH665
Conservation de notes (uniquement pour les candidat ayant échoué à l'examen) ❑	❑	❑	❑ - MH609

Aménagements sollicités par les représentants légaux du candidat ou le candidat majeur	Appréciation de l'équipe pédagogique (Ne concerne pas les candidats individuels)	Avis du médecin désigné par la CDAPH	Réservé à la décision de l'autorité administrative
Etalement d'épreuves/session ❑ Programme du cycle terminal - Sur l'année n ✓ en juin *(lister les disciplines)* : ……………………………................ ……………………………................ ……………………………................ ❑ ✓ en septembre *(lister les disciplines)* : ……………………………................ ……………………………................ ……………………………................ - Sur l'année n et n+1 ✓ en juin année n *(lister les disciplines)* : ……………………………................ ……………………………................ ……………………………................ ❑ ✓ en juin année n+1 *(lister les disciplines)* : ……………………………................ ……………………………................ ……………………………................	❑ ❑ ❑	❑ ❑ ❑	❑ - MH610 ❑ - MH610 ❑ - MH610
- Sur plusieurs sessions Lister les disciplines pour chaque session : ……………………………................ ……………………………................ ……………………………................ ……………………………................ ……………………………................ ❑ ……………………………................ ……………………………................ ……………………………................ ……………………………................ ……………………………................ ……………………………................	❑	❑	❑ - MH610
	Observations : ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………......	**Avis circonstancié obligatoire si avis défavorable** ❑ Pièces justificatives insuffisantes ❑ Aucune pièce justificative ❑ Aménagements demandés sans rapport avec les difficultés ❑ Autres motifs ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………......	**Refus à motiver :** ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………...... ……………………………......

RÉCAPITULATIF DES AMÉNAGEMENTS SOLICITÉS 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 (candidat mineur)

Chef d'établissement NOM : ……. Prénom : ……	
Date : Signature	**Cachet de l'établissement**
Autorité administrative Date : Signature	**Cachet**

Médecin désigné par la CDAPH NOM : ……. Prénom : ……	
Date : Signature	**Cachet**
Autorité administrative Date : Signature	**Cachet**

NOM : …….. PRÉNOM : ……..