



Préfet de la région Rhône-Alpes

Direction régionale  
De la jeunesse, des sports  
et de la cohésion sociale  
Pôle emploi-formation-certification  
Service des métiers paramédicaux  
et du travail social  
Télécopie : 04 72 6139 93

**DOCUMENT N°1**

**LES MESURES SONT ACCORDEES POUR UNE SESSION ET UN EXAMEN  
SESSION .....**

**CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDANT A BENEFICIER DE MESURES PARTICULIERES LORS  
DES EXAMENS**

( Circulaire n°2003-100 du 25 juin 2003 – Décret n°93-1216 du 04 novembre 1993)

**IDENTITE DU CANDIDAT**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
Date de naissance : ..... à .....  
Adresse : .....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Tel : .....

Etablissement fréquenté (Nom, Adresse et Tel. Ou Cachet) :

Diplôme présenté :

Candidat à l'examen (indiquer avec précision la nature, la spécialité de l'examen et s'il comporte des épreuves pratiques ou en atelier).

**DEMANDE DU CANDIDAT**

Je soussigné(e), ..... sollicite du médecin membre de la MDPH le bénéfice des mesures particulières pour les candidats handicapés en vertu des textes en vigueur.

A .....  
Le .....  
NOM et SIGNATURE du candidat



Liberté - Égalité - Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Préfet de la région Rhône-Alpes

Direction régionale  
De la jeunesse, des sports  
et de la cohésion sociale  
Pôle emploi-formation-certification  
Service des métiers paramédicaux  
et du travail social  
Télécopie : 04 72 6139 93

**DOCUMENT N°2**

**Certificat médical établi par le médecin traitant adressé sous pli cacheté au médecin membre de la MDPH et joint à la demande de mesures particulières établie par le candidat.**

**CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDANT A BENEFCIER DE MESURES PARTICULIERES LORS DES EXAMENS**

(Circulaire n°2003-100 du 25 juin 2003- Décret n°93-1216 du 04 novembre 1993)

**Session**

**Identité du CANDIDAT**

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Examen préparé et date(s) prévue(s) : .....

Etablissement fréquenté (Nom, Adresse et Tel. ou Cachet) : .....

**CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF INITIAL**

Je soussigné(e), Docteur  
ci-dessus qui présente ce jour :

certifie avoir examiné le candidat désigné

Au vu de cet examen médical, je soussigné(e), Docteur,..... certifie que le candidat ci-dessus présente un handicap justifiant la mise en œuvre des mesures particulières suivantes (à cocher) :

- Majoration d'un tiers temps :
- pour les épreuves de type écrit  OUI  NON
  - pour les épreuves de type oral  OUI  NON
  - pour les épreuves de type pratique  OUI  NON
  - pour la préparation écrite des épreuves orales  OUI  NON

- Accessibilité des locaux : déplacement en fauteuil  OUI  NON
- Nécessité de pause(s) (fréquence, durée estimée...) (à préciser) :
- Accès facile au sanitaire.
- Assistance d'un secrétaire.
- Mise à disposition d'une machine à clavier.
- Pour l'épreuve d'orthographe, présentation d'un texte avec correction de fautes.
- Autres observations complémentaires et utiles à l'installation matérielle du candidat dans les meilleures conditions possibles (à préciser) (ex : nécessité d'une salle particulières).

Handicap AUDITIF : mesures particulières suivantes (à cocher)  
Nature du langage utilisé : .....

- Les consignes orales devront être données à voix haute, en articulant, le surveillant se plaçant en face du candidat.
- Port par le surveillant du système HF pour les épreuves écrites et/ou orales.
- Assistance d'un *enseignant spécialisé* dans la rééducation des sourds, avec possibilité de traduction gestuelle ou écrite pour la compréhension du sujet et pour des précisions complémentaires lors de l'ensemble des épreuves.
- Présence d'un *interprète-codeur* en :
- français signé-langage des signes (LSF)
  - Lecture labiale avec ou sans langage parlé complété (LPC)
- Pour l'épreuve d'orthographe, présentation d'un texte avec correction de fautes.
- Pour les épreuves orales, possibilité de réponses écrites.
- Pour les épreuves de langue vivante, non-utilisation de bande magnétique.
- Pour les séries L et S et la série STT, recevabilité de la demande de dispense des épreuves de langue vivante 2.
- Autres observations complémentaires (à préciser) :

Handicap VISUEL : mesures particulières suivantes (à cocher) :

- Utilisation du matériel pédagogique spécifique mis à disposition du candidat.
- Installation matérielle particulière dans la salle d'examen (à préciser).
- Optimisation des conditions d'éclairage de la table de travail.
- Mise à disposition d'un matériel d'écriture en braille.
- Transcription des épreuves en braille.
- Augmentation de la taille des caractères (à préciser) :
- Autres observations complémentaires (à préciser) :

A....., le .....

NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN