



DEMANDE D'AMENAGEMENT POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

A retourner à la DRAJES renseignée et accompagnée de l'avis du médecin

Référence : Code du sport, articles A212-35, A212-36, A212-44 et A212-45

RAPPEL DES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES

La procédure pour les CPJEPS, les BPJEPS, les DEJEPS, les DESJEPS et les Certificat Complémentaires est déconcentrée.

Les textes réglementaires prennent en compte cette problématique et comportent les dispositions suivantes :

- > Pour les personnes en situation de handicap, le délégué régional académique jeunesse engagement et sport (DRAJES) peut décider d'aménager les tests d'entrée en formation, le cursus de formation et/ou les épreuves d'évaluation certificatives (A212-44 du code du sport).
- > Cette décision est prise après :
 - La réception de la demande du candidat
 - La fiche technique demande d'aménagement validée par l'OF
 - La réception de l'avis d'un médecin (médecin du sport, médecin traitant, médecin désigné par la Fédération Française handisport et/ou du sport adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), qui confirme la nécessité d'aménager, le cas échéant :
 - **les tests d'exigences préalables** (article A212-35)
 - **la formation ou les épreuves certificatives** (article A212-36)
 - **ou l'épreuve dans le cadre de la VAE** (article A212-42)

Le DRAJES examine la compatibilité du handicap justifiant les aménagements mentionnés à l'article A212-44 avec l'exercice professionnel de l'activité du diplôme, après avis d'un médecin du sport, médecin traitant, désigné par la Fédération Française handisport, ou la Fédération Française de sport adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Le DRAJES peut apporter une restriction aux conditions d'exercice ouvertes par la possession du diplôme.

La décision est communiquée à la personne qui en fait la demande et à l'organisme de formation qui doit mettre en place ces aménagements.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENT

Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
NOM	
Prénom	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse Code postal Ville	
Téléphone	
Courriel	
Diplômes sportifs ou attestations de niveau technique (joindre photocopies)	
Parcours scolaire (dernières classes)	
Médecins (traitant et spécialistes) Coordonnées (adresse et téléphone)	

Formation faisant l'objet de la demande :

OF envisagé :

Diplômes (CP - BP – DE-DES – CC –CS)	Spécialité (sports ou animation)	Mention + Option(s)

RQTH : Oui Non

Nature de la situation motivant la demande d'aménagement(s) :

Handicap moteur :

Nature du handicap :
.....

Handicap sensoriel :

Déficience auditive

Déficience visuelle

La maladie :

Maladie invalidante :

Handicap psychique

Les troubles du neuro-développement (TND)

Le Trouble du Développement Intellectuel (TDI)

Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)

Le Trouble du Développement du Langage oral (TDL, Dysphasie) ou de la coordination (TDC, Dyspraxie)

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)

Les Troubles spécifiques des apprentissages scolaires : dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, ...

Autres

AMENAGEMENT(S) SOUHAITE(S) AU REGARD DE LA SITUATION DE HANDICAP :

(Description de la nature de la situation)

Tests d'Exigences Préalables (TEP)

Epreuve 1 :

Epreuve 2 :

Epreuve :

Ateliers (Noter les numéros) :

Epreuves Préalables à la Mise en Situation Professionnelle (EPMSP)

Mise en situation :

Aménagement de la formation

En centre de formation

- Accessibilité :
- Aménagement technique :
- Aménagement humain :

En Structure d'alternance

- Accessibilité :
- Aménagement technique :
- Aménagement humain :

Aménagement des épreuves certificatives

UC1 :

.....

UC2 :

.....

UC3 :

.....

UC4 :

.....

> **DATE, LIEU
SIGNATURE
DU DEMANDEUR**

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr.

Certifie avoir examiné ce jour M/Mme (Nom/Prénom) :

Qui présente un handicap au sens de l'article L114 du code de l'action sociale et des familles (*mentionner succinctement la nature et la localisation du handicap et le cas échéant, le taux d'invalidité octroyé par la maison départementale des personnes handicapées*) :

.....
.....
.....

Valide la demande d'aménagement de la formation : **En centre** **En structure**

.....
.....

Selon le descriptif des épreuves fournies par la Délégation Régionale Académique Jeunesse Engagement Sport (DRAJES), je constate que l'incapacité fonctionnelle présentée par M/Mme (Nom/Prénom) :

Ne lui permet pas de passer l'épreuve *dans les conditions décrites dans l'arrêté de mention* :

TEP **EPMSP** **UC1** **UC2** **UC3** **UC4**

Dans les conditions habituelles requises pour les personnes valides.

Son état justifie donc l'aménagement de l'épreuve :

TEP **EPMSP** **UC1** **UC2** **UC3** **UC4**

Formation concernée

Certificat Professionnel de la Jeunesse de l'Education Populaire et du Sport (**CPJEPS**)

(préciser la spécialité du CP présenté) :

Brevet Professionnel de la Jeunesse de l'Education Populaire et du Sport (**BPJEPS**)

(préciser la spécialité du BP présenté) :

Diplôme d'Etat de la Jeunesse de l'Education Populaire et du Sport (**DEJEPS**)

(préciser la spécialité du DE présenté) :

Diplôme d'Etat Supérieur de la Jeunesse de l'Education Populaire et du Sport (**DESJEPS**)

(préciser la spécialité du DES présenté) :

Certificat Complémentaire (**CC**)

(préciser la spécialité du CC présenté) :

Certificat remis en main propre à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit

Fait à : le

Signature et cachet du médecin

Faire préciser par le médecin signataire du certificat médical si celui-ci est :

- Médecin du sport
- Médecin traitant
- Désigné par la Fédération Française Handisport ou par la Fédération Française du sport adapté
- Ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées