le cnam
Pays de la Loire

Dossier de demande d'aménagement d'études et d'examens des apprenants du Cnam Pays de la Loire

en situation de handicap, ou en raison d'un problème de santé ou d'une perte d'autonomie

Si vous souhaitez nous signaler une situation nécessitant un aménagement de votre parcours de formation ou de vos examens (handicap, problème de santé même temporaire, perte d'autonomie), il est important de nous en informer et de transmettre ce dossier accompagné des pièces demandées **dès votre inscription**.

Le Cnam mettra tout en œuvre afin de mettre en place les aménagements spécifiques prévus par la réglementation et les adaptations permettant de suivre une scolarité dans les meilleures conditions, tout en veillant à garantir l'égalité d'accès à la formation à tous les apprenants.

Afin de bénéficier d'un **aménagement d'examen** le dossier doit nous parvenir au plus tard **8 semaines avant le début des examens**, conformément au règlement intérieur du Cnam (art. 3.2, annexe 15 du règlement national du contrôle des connaissances et des compétences).
Les demandes hors délai ou incomplètes pourront être refusées.

A l'issue de l'instruction de votre dossier, vous recevrez la **décision d'aménagement** récapitulant les aménagements accordés et/ou rejetés. Les préconisations médicales d'aménagement ne préjugent pas de la décision finale.
Cette décision est valable pour l'ensemble du cursus effectué au Cnam Pays de la Loire, sans période d'interruption. Pour toute **modification d'aménagement,** une **nouvelle demande** doit être effectuée.
Si vous renoncez à bénéficier d'un aménagement accordé, nous vous remercions d'en informer votre centre Cnam d'inscription dans les meilleurs délais.

Dossier à adresser au conseiller formation de votre centre Cnam d'inscription comprenant :

- le formulaire de renseignements*,
- l'avis médical* de moins de six mois du médecin traitant ou du médecin désigné par la CDAPH qui précise les aménagements d'études et/ou d'examens préconisés *(le médecin traitant peut utiliser le formulaire du dossier)*,
- votre reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), si vous en bénéficiez,
- les éventuelles décisions d'aménagements dont vous avez bénéficié dans votre parcours d'enseignement supérieur (y compris d'un autre centre Cnam)

**obligatoire*

Contact mail des conseillers formations :

- **Pour l'alternance :**

Cnam Angers & Cholet : cfi49@cnam-paysdelaloire.fr
Cnam La Roche-sur-Yon : cfi85@cnam-paysdelaloire.fr
Cnam Laval & Le Mans : cfi72@cnam-paysdelaloire.fr
Cnam Nantes : cfinantes@cnam-paysdelaloire.fr
Cnam Saint-Nazaire : cfist-nazaire@cnam-paysdelaloire.fr

- **Pour la formation continue (formation à la carte)** : info@cnam-paysdelaloire.fr

Contact mail du référent handicap Cnam Pays de la Loire : handi@cnam-paysdelaloire.fr

Vos données personnelles ne sont utilisées qu'à des fins de gestion de vos demandes et aménagements. Ces données ne sont jamais transmises à des tiers. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au Correspondant Informatique & Libertés par mail au ***cil@cnam-paysdelaloire.fr****.*

Le Cnam s'engage à communiquer aux équipes administratives et pédagogiques uniquement les décisions d'aménagements sans divulguer la nature du trouble et son degré ayant conduit à leur mise en place.

Formulaire de renseignements

Formulaire à remplir et signer par l'apprenant.

• Informations personnelles

Civilité	☐ Madame ☐ Monsieur
Nom de naissance	
Nom d'usage *(si différent du nom de naissance)*	
Prénom	
Date et lieu de naissance	
Adresse postale	
Téléphone	
E-mail	

• Scolarité au Cnam Pays de la Loire

Est-ce votre première inscription au Cnam Pays de la Loire ? ☐ Oui ☐ Non

Vous êtes candidat/inscrit à :

☐ un diplôme en alternance : préciser le code et l'intitulé :

en contrat de : ☐ Apprentissage ☐ Professionnalisation

☐ une (ou plusieurs) UE ou un diplôme à la carte : préciser le code et l'intitulé :

☐ Autre(s) :

Indiquer l'année universitaire : 20 ☐☐ / 20 ☐☐

Votre centre Cnam d'inscription :

☐ Angers ☐ Cholet ☐ La Roche-sur-Yon ☐ Laval ☐ Le Mans ☐ Nantes ☐ Saint-Nazaire

☐ Autre(s) :

- **Votre situation (handicap, problème de santé, perte d'autonomie)**

- **Bénéficiez-vous d'une Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)**

  ☐ Oui ☐ Non

- **Quelle est la nature de votre trouble ? (facultatif)**

  ☐ auditif ☐ cognitif ☐ maladie invalidante ☐ moteur ☐ psychique ☐ visuel

  ☐ Autre, préciser :

  Commentaires éventuels :

- **Êtes-vous accompagné par le Service Public de l'Emploi (SPE) ?** ☐ Oui ☐ Non

  Si oui lequel ? ☐ Cap Emploi ☐ France Travail ☐ Mission locale ☐ Apec

  ☐ Autre, préciser :

- **Êtes-vous accompagné par un service ou une structure médico-sociale ?**

  ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

• Aménagements d'études et d'examens

Avez-vous déjà bénéficié d'aménagements :

. Dans un centre Cnam : ☐ Oui ☐ Non

Indiquer le Centre Cnam :

L'année universitaire :

. Dans un autre établissement scolaire ou d'enseignement supérieur ? ☐ Oui ☐ Non

Indiquer l'établissement :

L'année universitaire :

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),

certifie l'exactitude des renseignements et justificatifs fournis pour l'instruction de mon dossier :

☐ Formulaire de renseignements *(obligatoire)*
☐ Avis médical de moins de six mois du médecin traitant ou du médecin désigné par la CDAPH qui précise les aménagements d'études et/ou d'examens préconisés *(obligatoire)*
☐ Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), si vous en bénéficiez
☐ Eventuelles mesures d'aménagements dont vous avez déjà bénéficié dans votre parcours d'enseignement supérieur (y compris d'un autre centre Cnam)
☐ Autre :

Signature de l'apprenant :

Fait à

Date

Formulaire d'avis médical relatif aux aménagements d'études et/ou d'examens préconisés par le médecin traitant

Formulaire à remplir et signer par le médecin traitant de l'apprenant.

Information de l'apprenant :

Nom de naissance	
Nom d'usage *(si différent du nom de naissance)*	
Prénom	
Date de naissance	
Année universitaire :	20 ☐☐ / 20 ☐☐
Formation suivie	

Quelle est la nature du trouble justifiant la demande d'aménagement ?

☐ auditif ☐ cognitif ☐ maladie invalidante ☐ moteur ☐ psychique ☐ visuel

☐ Autre :

Quels sont les retentissements liés au trouble ?

- **Aménagement d'examens** *(cocher les aménagements préconisés)*

Majoration de temps des examens

- **Durée de la majoration :**

☐ Tiers temps supplémentaire

☐ Temps supérieur pour situation exceptionnelle,

Préciser la durée :

- **Epreuves concernées :**

☐ Epreuves écrites

☐ Préparation des épreuves orales

☐ Passage des épreuves orales

☐ Epreuves pratiques

Pauses pendant les épreuves (elles ne peuvent excéder le tiers du temps de l'épreuve)

☐ Pause sans temps compensatoire ☐ Pause avec temps compensatoire

Pour se lever, marcher, se restaurer, aller aux toilettes, faire des soins.

Préciser :

☐ Possibilité de sortir avant la fin de la première heure (pause, soin)

Locaux et installation de la salle d'examen

☐ Accessibilité des locaux (rez-de-chaussée ou ascenseur)

☐ Accessibilité des locaux en fauteuil roulant

☐ Accès facile aux sanitaires

☐ Proximité d'une prise de courant

☐ Conditions particulières d'éclairage. Préciser lesquelles :

☐ Poste de travail ou mobilier adapté. Préciser lesquels :

☐ Salle à faible effectif

☐ Seul(e) dans une salle (à titre exceptionnel)

☐ Autre :

Aménagements techniques

☐ Ordinateur ou tablette fourni par le centre d'examen

☐ Ordinateur ou tablette personnel hors connexion, si le centre d'examen ne possède pas le logiciel nécessaire

☐ Utilisation de logiciels spécifiques. Préciser lesquels :

☐ Calculatrice simple non programmable.

☐ Autre matériel. Préciser :

Mise en forme des sujets d'examens

☐ Braille intégral ☐ Braille abrégé

☐ Caractères agrandis. Préciser la police et la taille :

☐ Format numérique. Préciser le format (HTML, PDF…):

☐ Taille A4 ☐ Taille A3

☐ Autre :

Aides humaines

☐ Secrétaire lecteur (lecture de l'énoncé)

☐ Secrétaire scripteur (écriture sous la dictée de l'apprenant)

☐ Lecteur-scripteur (lecture de l'énoncé et écriture sous la dictée de l'apprenant)

☐ Interprète en langue des signes française pour les épreuves orales

☐ Assistant(e) pour reformulation des consignes, description d'images, séquençage d'une consigne complexe, séquençage du temps. Préciser :

☐ Autre :

Identité de la personne envisagée, si elle est connue :

Nom / Prénom / Fonction :

Adaptations spécifiques

☐ Consignes orales données par écrit

☐ Possibilité de répondre à l'écrit aux épreuves orales

☐ Passage en priorité pour les épreuves orales

☐ Aménagement de l'épreuve de langue vivante. Préciser les difficultés rencontrées :

☐ Autre :

- **Aménagement des études** *(cocher les aménagements préconisés)*

Les aménagements d'études sont soumis aux contraintes techniques et/ou pédagogiques et conditionnés à l'accord des responsables d'unité d'enseignement et de diplôme.

☐ Possibilité de récupérer les supports des cours en amont, avec l'accord de l'enseignant

☐ Aide d'un preneur de notes parmi les apprenants de la même promotion

☐ Autorisation de sorties pendant les cours. Préciser le motif :

☐ Poste de travail ou mobilier adapté. Préciser :

☐ Matériel/logiciel spécifique. Préciser :

☐ Autre :

Je soussigné(e),

Médecin traitant de l'apprenant, préconise les aménagements ci-dessus :

Nombre d'aménagements d'examens préconisés :

Nombre d'aménagements d'études préconisés :

Signature du médecin et cachet obligatoire

Fait à

Date

Si non mentionné sur le cachet :

Tél.

Mail

RPPS