

DOSSIER DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENT

PARTIE RÉSERVÉE AU CANDIDAT

MA DEMANDE D'AMÉNAGEMENT

Prénom et nom :

Date et lieu de naissance :

Nom d'usage :

Adresse complète :

Courriel :

Numéro de téléphone :

Diplôme et organisme de formation visés

Diplôme	
Spécialité	
Mention + option	
Organisme de formation	

Vous souhaitez un aménagement pour:

Précisez à partir des textes réglementaires quelles épreuves ou sous-épreuves sont concernées :

Les EPEF	
Les épreuves des TEP	
Les épreuves certificatives	
Le suivi de la formation en structure d'accueil et organisme de formation	



ATTESTATION SUR L'HONNEUR (à remplir obligatoirement)

Je soussigné,

NOM et Prénom :

Atteste sur l'honneur que l'ensemble des pièces constitutives du présent dossier sont exactes

Signature du demandeur

Fait à

Le

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques ». Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende (code pénal, art.441-1). Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende » (code pénal art.441-6).

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISME DE FORMATION

PROPOSITION D'AMÉNAGEMENT POUR PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP



ORGANISME DE FORMATION (OF)	
Nom	
Adresse postale	

COORDONNÉES	NOM, Prénom	Téléphone	Adresse électronique
Coordonnateur pédagogique			

FORMATION	
Intitulé du diplôme	
Spécialité	
Mention	
Support ou option	
Numéro de session	

LE CANDIDAT			
Nom		Nom d'usage	
Prénom		Sexe	
Numéro de téléphone		Courriel	



NATURE DES AMENAGEMENTS PROPOSÉS	
TEP ou EPEF (tests techniques ou exigences préalables)	
SUIVI DE FORMATION (alternance)	
EPREUVES CERTIFICATIVES <i>Pour chaque épreuve (ou sous épreuve) concernée constituant une ou plusieurs unités capitalisables (UC), en lien avec l'avis du médecin, précisez le descriptif de l'aménagement proposé.</i>	UC 1 et 2 : UC 3 : UC 4 :

**AVIS MEDICAL TYPE
AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES POUR LES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP**

Je, soussigné(e) Dr : _____

Agréé.e ou désigné.e par : (cocher)

- La fédération française du sport adapté (FFSA)
 La fédération française handisport (FFH)
 La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Certifie avoir examiné ce jour la situation de M. ou Mme :

Qui présente **une situation de handicap** au sens de l'article L.114 code de l'action sociale et des familles : *(Mentionner succinctement la nature et la localisation du handicap ou, le cas échéant, le taux d'invalidité)*

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Je constate que l'incapacité fonctionnelle présentée par le demandeur, ne lui permet pas de passer dans les conditions habituelles, les épreuves suivantes du diplôme intitulé :

TEP :

Epreuves certificatives :

Le suivi de formation entre structure d'accueil et centre de formation :

Fait à :

Le

Cachet et signature du médecin



**RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-
RHÔNE-ALPES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Délégation régionale académique
à la jeunesse, à l'engagement et aux sports**

➤ **Dr CATAJAR Nathalie**

Médecin fédéral national

nathalie.catajar@sportadapte.fr

06 32 89 30 20

Fédération Française du Sport Adapté

3, rue Cepré - 75015 PARIS

(consultation en visioconférence)

www.sportadapte.fr

➤ **Dr CROISY Patrick**

Médecin générale et du sport

patrick.croisy@gmail.com

06 07 16 20 42

19 rue des Montagnards

63122 CEYRAT

Commission médicale nationale

MEDECINS AGREES

REGIONS	NOM	PRENOM	adresse consultation		Ville	MAIL	TEL
Auvergne - Rhône Alpes	DIEBOLD	Aurélie	Domaine Saint Alban	139 rue de la Grande Chartreuse	Saint Alban Leysse	aurilie.diebold@croix-rouge.fr	04.79.33.81.20
	GAILLEDROT	Elodie	Hôpital Sud- CHU Grenoble		Echirolles		04.76.76.54.94
Bourgogne Franche-Comté	/						
Bretagne	DRUVERT	Jean-Claude	Centre hospitalier de redon consultations externes medecine du sport	rue Estienne Gascon	Redon		02.99.71.71.71
Centre Val de Loire	/						
Grand-Est	/						
Hauts de France	ELLEUCH	Haykal	Centre de rééducation HOPALE -	Boulevard Georges Besnier	Arras	haykal.elleuch@hopale.com	03.61.33.90.23
Ile-de-France	DAVENNE	Béatrice	Centre hospitalier Robert Ballanger - Service SSR de neurologie		Aulnay sous Bois	davenne.beatrice@orange.fr	01.75.63.60.14
	RUSAKIEWICZ	Frédéric	42 rue Louis Lumière		Paris	f.rusakiewicz@handisport.org	
Normandie	DELPOUVE	Claire	Institut régionale de médecine du sport et de la santé	113 rue Herbeuse	Bois Guillaume	secretariat@institut-medecine-sport.fr	02.78.77.53.63
Nouvelle Aquitaine	CUGY	Emmanuelle	CHU BORDEAUX / CH ARCAÇON		Bordeaux	medical@handisport-nouvelleaquitaine.fr	05.56.79.55.46
	TRUCHON	Julie	Centre Richelieu	37 rue philippe Vincent	La Rochelle	j.truchon@orange.fr	05.46.43.92.82 06.12.92.43.54
Occitanie	COURTADE	Dominique			Toulouse	dcourtade@groupeilagarrigue.com	06.14.48.99.11
	VALET	Maxime	Service médical du CREPS de Toulouse	1 avenue Edouard Belin	Toulouse	maxime.valet@creps-toulouse.sports.gouv.fr	05.62.17.90.24
Pays-de-la-Loire	GAHIER	Matthieu	Hôpital Saint Jacques -Service de médecine physique et réadaptation	85 rue Saint Jacques	Nantes	matthieu.gahier@chu-nantes.fr	02.40.84.60.66
Provence - Alpes-côte-d'Azur	BRUZEL	Antoine	Hôpital Timone - Service médecine physique et réadaptation		Marseille	bruzel.antoine@orange.fr	04.91.38.56.01
REUNION	BURLLOT	Stéphane	Clinique les Tamarins - hôpital de jour		97240 Le Port	docteurburlot@gmail.com	02.62.45.85.21
					Visite à domicile		06.92.31.26.67