

**DEMARCHES POUR DEMANDE D'AMENAGEMENT DES EVALUATIONS  
POUR UN CANDIDAT EN SITUATION DE HANDICAP  
DANS LE CADRE DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
DE L'IFSI SAINTE MARIE**

**CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDANT A BENEFICIER DE MESURES  
PARTICULIERES LORS DES EVALUATIONS  
(circulaire n° 2015-127 du 3 août 2015 - Circulaire n° 2006-215 du 26 décembre 2006  
Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005)**

- Remplir le volet administratif DOCUMENT 1 concernant votre identité et la partie concernant votre demande
- Faire remplir par un professionnel de santé (médecin, orthophoniste, ...) qui vous suit le volet DOCUMENT 2 avec un rapport récent concernant la difficulté présentée (dyslexie, dyscalculie ...)
- Contacter le service de médecine préventive des étudiants d'Université Côte d'Azur (SUMPPS) pour une demande de rdv pour avis médical (Téléphone : 04 89 15 14 61), et s'y présenter avec l'imprimé complété (documents 1 à 3).
- Transmettre le dossier complet à l'IFSI comportant l'avis médical du médecin de la médecine préventive de l'UFR à l'IFSI, dès votre entrée en formation à l'inscription ou au plus tard une semaine avant la date de début des évaluations.  
Après RDV avec le référent Handicap de l'IFSI, la Directrice de l'IFSI SAINTE MARIE décidera des aménagements accordés en prenant appui notamment sur l'(es) avis rendu(s) par le(s) professionnel(s) de santé et au vu de la réglementation relative aux aménagements d'examens pour les candidats handicapés et de celle propre à la formation en soins infirmiers.

**Ce certificat est valable pour la formation en soins infirmiers uniquement**

**NB :** Depuis la rentrée 2019/2020, **il n'est plus nécessaire de transmettre la demande à la MDPH** afin qu'un médecin désigné par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) rende un avis circonstancié.

**PROMOTION :**

CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDANT A BENEFICIER DE MESURES PARTICULIERES LORS DES EXAMENS (Circulaire n° 2006-215 du 26 décembre 2006 - Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005)

**IDENTITÉ DU CANDIDAT**

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : à :

Adresse :

Code postal : Ville Tél :

Candidat à l'examen : **EPREUVES DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Présenté à : **IFSI SAINTE MARIE LA GAUDE**  
**9337, route de St Laurent – Quartier Plan du Bois - 06610 LA GAUDE**

**DEROULEMENT DES EXAMENS :**

**EVALUATION ECRITE INDIVIDUELLE:**

- Epreuve écrite consistant en un travail écrit et anonyme d'une durée variant de ½ heure à 3 heures qui comporte des questions et/ou des études de cas et/ou des schémas à compléter ... Les sujets permettent d'évaluer les connaissances de l'étudiant sur l'Unité d'Enseignement concernée, conformément au programme de formation en soins infirmiers tel que défini par l'arrêté du 31/07/09 modifié relatif au Diplôme d'Etat Infirmier

**ATELIER PRATIQUE :**

- Mis en situation professionnelle ou atelier (mannequin + mise à disposition des matériels pour les soins)
- Analyse de la situation de soins et réalisation des soins sur mannequin
- Calculs de doses et débit : préparation écrite des calculs en salle (environ 10 mn) puis présentation des résultats sur tableau à l'oral

**ORAUX : non concernés par un aménagement du temps de préparation**

- La préparation écrite des exposés oraux s'effectue sur du temps personnel.

*Pour rappel : l'admission définitive du candidat à l'entrée en formation a été soumise à la production d'un certificat médical d'aptitude physique et psychologique à la profession d'infirmier, établi par un médecin agréé par arrêté préfectoral*

**DEMANDE DU CANDIDAT**

Je soussigné(e) :

Sollicite le bénéfice de mesures particulières pour les candidats handicapés en vertu des textes en vigueur.

A le

Nom et signature du candidat :

Veuillez adresser cette demande dûment remplie ainsi que le certificat médical initial (document 2 et le document n° 3 au professionnel de santé (médecin, orthophoniste, ...) qui vous suit pour complétude.

## DOCUMENT 2

Certificat médical établi par le médecin traitant ou professionnel de santé qui vous suit et à joindre à la demande de mesures particulières

**CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDANT A BENEFICIER DE MESURES PARTICULIERES LORS DES EXAMENS (Circulaire n° 2006-215 du 26 décembre 2006 - Décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005)**

**EVALUATIONS DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
DE L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS SAINTE MARIE**

**PROMOTION :**

### IDENTITÉ DE L'ETUDIANT

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

En formation en soins infirmiers

Suivie à : IFSI SAINTE MARIE LA GAUDE  
9337, route de St Laurent – Quartier Plan du Bois - 06610 LA GAUDE

Date d'entrée en formation :

### **CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF INITIAL**

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné le candidat désigné ci-dessus qui présente ce jour :

Au vu de cet examen médical Je soussigné(e), Docteur  
Certifie que l'étudiant : M.

Ci-dessus mentionné présente un handicap justifiant la mise en œuvre des mesures particulières suivantes  
( à cocher) :

- **Majoration d'un tiers temps :**  OUI  NON
  - pour les évaluations écrites  OUI  NON
  - pour la préparation de l'analyse en ateliers pratiques  OUI  NON
  - pour la préparation des calculs de dose  OUI  NON
- **Mise à disposition d'une machine à clavier :**  OUI  NON
- **Autres observations complémentaires (à préciser) :**

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
Nom – cachet et signature du médecin