

**DEMARCHES POUR DEMANDE D'AMENAGEMENT DES EVALUATIONS
POUR UN CANDIDAT EN SITUATION DE HANDICAP
DANS LE CADRE DE LA FORMATION AIDES SOIGNANTS
DE L'IFAS 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
- Transmettre le dossier complet à l'IFSI dès votre entrée en formation à l'inscription ou au plus tard quinze jours avant le début des évaluations de l'année scolaire concernée.

La Directrice de l'IFSI SAINTE MARIE décidera des aménagements accordés en prenant appui notamment sur l'avis rendu 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 aides-soignants 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.**

ANNEE SCOLAIRE :

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 AIDES SOIGNANTS**

Présenté à : **IFAS 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 1 à 2 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'élève sur le module concerné, conformément au programme de formation aides-soignants tel que défini par l'arrêté du 22/10/2005 modifié relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat Aide-Soignant

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

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'aide-soignant, 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.

Ces documents complétés devront ensuite être adressés l'IFSI SAINTE MARIE dès votre entrée en formation ou au plus tard quinze jours avant le début des évaluations de l'année scolaire concernée.



IFSI
Centre Hospitalier Sainte-Marie
NICE



RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

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 AIDES SOIGNANTS DE L'INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT SAINTE MARIE

PROMOTION :

IDENTITÉ DE L'ETUDIANT

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

En formation aide-soignant

Suivie à : IFAS 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 :



IFSI
Centre Hospitalier Sainte-Marie
NICE

DOCUMENT 3



RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

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
- **Mise à disposition d'une machine à clavier :** OUI NON
- **Autres observations complémentaires (à préciser) :**

A _____ Le _____

Nom – cachet et signature du médecin