

**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° 2011-220 du 27/12/2011)**

- 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 ...)
  
- Transmettre le dossier complet à l'IFAS dès votre entrée en formation à l'inscription ou au plus tard une semaine avant la date de début des évaluations.  
La Directrice de l'IFSI IFAS 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 aide-soignante.

**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° 2015-127 du 3 août 2015 - Circulaire n° 2011-220 du 27/12/2011)

**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 10 juin 2021 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 la veille du départ en stage du planning cursus complet.

## 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° 2015-127 du 3 août 2015 - Circulaire n° 2011-220 du 27/12/2011)

### **EVALUATIONS DE LA FORMATION AIDES SOIGNANTS DE L'INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT SAINTE MARIE**

#### **PROMOTION :**

#### **IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE**

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 l'élève désigné ci-dessus qui présente ce jour :

Au vu de cet examen médical Je soussigné(e), Docteur  
certifie que l'élève : 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