

Centre Hospitalier d'Antibes Juan-les-Pins
Institut de Formation d'Aides-soignant.es
107 Avenue de Nice
06 606 Antibes Cedex

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DES EPREUVES POUR UN CANDIDAT EN SITUATION DE
HANDICAP SOUHAITANT SE PRESENTER AU CONCOURS D'ENTREE A L'IFAS D'ANTIBES
JUAN-LES-PINS SESSION 20..... / 20.....**

Conformément à l'article 12 bis, de l'Arrêté du 15 mars 2010, modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant :

« Dans chaque institut de formation, les candidats aux épreuves d'admission présentant un handicap peuvent déposer une demande d'aménagement des épreuves. Ils adressent leur demande à l'un des médecins désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en informent les instituts de formation. Le directeur de l'institut met en œuvre les mesures d'aménagement préconisées ».

Circulaire n° 2011-220 du 27-12-2011 relative aux aménagements des examens et concours de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur pour les candidats présentant un handicap.

Remplir le document 1

-  Faire remplir le document 2 par le médecin traitant accompagné des **bilans de santé récents et/ou bilan orthophonique** concernant la difficulté présentée (dyslexie, dyscalculie, dysorthographe...)
-  Envoyer ensuite la totalité des documents, y compris bilans médicaux et/ou orthophonique à la **MDPH du département de votre résidence principale.**

MDPH 06

Nice Leader, bâtiment Ariane
27, boulevard Paul Montel
06200 NICE
Tél.: 0.805.560.580

MDPH 83

Technopôle Var Matin
Bâtiment G et L
293 Route de la Seyne
CS 70057
83 192 OLLIOULES Cedex
04 94 05 10 40

-  Fournir à l'Institut de Formation l'**accord final de la MDPH** (document 3) **lors de votre dépôt de dossier d'inscription ou au plus tard à la date de clôture des inscriptions.**

Candidats en situation de handicap

Formulaire de demande d'aménagements des épreuves : session

.....

(Décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 - article 12 bis, de l'Arrêté du 15 mars 2010, modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005)

DOCUMENT 1 (à remplir par le candidat)

IDENTITE

Nom : Nom marital : Prénom :

Né.e le : à :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : adresse mail :

Candidat à l'examen : concours aide-soignant du

Présenté à : CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN-LES-PINS

Institut de formation Aides-soignants

107 avenue de Nice

06 606 ANTIBES CEDEX

Déroulement des épreuves

Admissibilité : épreuve écrite d'une durée de 2H00 qui se décompose en 2 parties. La première partie consiste à dégager les idées principales d'un texte sanitaire et social et de commenter les aspects essentiels du sujet sur la base de 2 questions maximum. Elle a pour objectif d'évaluer les capacités de compréhension et d'expression écrite du candidat. La deuxième partie consiste à répondre à une série de 5 questions portant sur des notions de biologie humaine et 5 questions d'exercices de mathématiques. Cette partie a pour objet de tester les connaissances dans le domaine de la biologie humaine ainsi que les aptitudes numériques.

Admission : présentation d'un exposé oral à partir d'un thème sanitaire et social et discussion avec le jury constitué de 2 personnes sur la connaissance et l'intérêt du candidat pour la profession d'aide-soignant. Cette épreuve de 20 minutes a pour objectif de tester les capacités d'argumentation orale et écrite, d'évaluer sa motivation ainsi que ses aptitudes à poursuivre la formation.

L'admission définitive est subordonnée à la production au plus tard le premier jour de la rentrée d'un certificat médical par un médecin agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession.

Demande du candidat

Je soussigné.e :

Sollicite du médecin expert auprès de la CDAPH le bénéfice des mesures particulières pour les candidats en situation de handicap en vertu des textes en vigueur.

A le Nom et signature du candidat :

DOCUMENT 2

(à remplir par le médecin traitant)

Certificat médical établi par le médecin traitant adressé sous pli cacheté au médecin expert auprès de la CDAPH et joint à la demande de mesures particulières établies.

IDENTITE DU CANDIDAT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Candidat à l'examen : concours aide-soignant du

Présenté à : CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN-LES-PINS

Institut de formation Aides-soignants

107 avenue de Nice

06 606 ANTIBES CEDEX

CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF INITIAL

Je soussigné.e, Docteur

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

Précisions sur les types d'aménagements sollicités : organisation du temps, accès aux locaux, aides techniques, aménagements des sujets, aide humaine : remplir la fiche au verso en cochant les cases correspondantes.

Joindre **justificatifs récents**, bilan de santé, bilan orthophonique...

DOCUMENT 2

(à remplir par le médecin traitant)

Organisation du temps

- ✓ Majoration d'un tiers temps pour les épreuves écrites oui ☐ non ☐
- ✓ Majoration d'un tiers temps pour la préparation écrite de l'épreuve orale oui ☐ non ☐

Accès aux locaux et installation matérielle

- ✓ Accessibilité des locaux (plan incliné, ascenseur) oui ☐ non ☐
- ✓ Sanitaires aménagés oui ☐ non ☐

Aides techniques

- ✓ Utilisation d'un ordinateur portable oui ☐ non ☐

Aménagement des sujets

- ✓ Format A4 – Times new Roman 16 – interligne 1.5 oui ☐ non ☐

Aides humaines

- ✓ Aide pour l'installation du candidat en salle d'examen oui ☐ non ☐
- ✓ Lecture du sujet à voix haute sans reformulation oui ☐ non ☐
- ✓ Lecture des consignes à voix haute sans reformulation oui ☐ non ☐

Les aménagements concernent :

- ✓ Les épreuves du concours d'entrée à l'IFAS oui ☐ non ☐
- ✓ Les épreuves continues de la formation préparant au métier d'aides-soignants oui ☐ non ☐

A : le :

Cachet et signature du médecin

DOCUMENT 3

IDENTITE DU CANDIDAT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Candidat à l'examen : concours aide-soignant du

Présenté à : CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN-LES-PINS

Institut de formation Aides-soignants

107 avenue de Nice

06 606 ANTIBES CEDEX

Réservé au médecin

Avis du médecin désigné par la CDAPH sur les aménagements demandés par le candidat

Avis favorable

- ☐ Aménagement pour l'épreuve écrite d'admissibilité
- ☐ Aménagement pour l'épreuve orale d'admission
- ☐ Aménagement pour les épreuves continues de la formation

Avis défavorable

- ☐ Les pièces justificatives fournies ne permettent pas d'émettre un avis favorable
- ☐ Les aménagements demandés ne répondent pas aux difficultés mentionnées
- ☐ La demande n'est pas conforme à la législation en vigueur pour le diplôme présenté

Préconisation :

Nom et prénom du médecin :

Cachet et signature du médecin

A le ____ / ____ / ____

Réservé à l'administration
Centre Hospitalier d'Antibes Juan-les-Pins
Institut de Formation aides-soignants
107 avenue de Nice
06606 Antibes Cedex

Décision de la Directrice de l'IFAS d'Antibes Juan-les-Pins

☐ Aménagements accordés

☐ Aménagements refusés

Cachet et signature de la directrice

A le ____ / ____ / ____