DEMANDE D’AMENAGEMENTS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP CANDIDATES A UNE FORMATION

***A retourner à ligue.corse@fft.fr***

*Références réglementaires :*

***Code de l’action sociale et des familles :*** *article L114*

***Code du sport*** *: Articles A 212-44 et A 212-45*

Madame 

Monsieur  (cocher la case correspondante)

**NOM :** ……………………………………………………………… **Prénom :** ………………………………………………………….…………….…

**Date de naissance** : …………………………………………………….. **Lieu de naissance :** ………………………….….………………..

**Adresse :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….….

**Code postal :** …………………………….… **Ville :** …………………………………………………………………………………….….…...…

**Téléphone :** …………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….….…………

**Adresse électronique :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………...…..…...

**Diplômes sportifs ou attestations de niveau technique (joindre les photocopies) :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………...…………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………..….……………

………………………………………………………………………………………………………...............................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Formation faisant l’objet de la demande :** (cocher la case correspondante)

 **CQPET**

 **DEJEPS**

 **TFP**

 **Autres formations non certifiante et/ou diplômantes**

# NATURE DE LA SITUATION DE HANDICAP MOTIVANT LA DEMANDE D’AMENAGEMENT (S) :

**AMENAGEMENT(S) SOUHAITE(S) AU REGARD DE LA SITUATION DE HANDICAP** (préciser s’il s’agit des tests

d’exigences préalables et/ou la formation et/ou les épreuves certificatives) :

Fait à : le :

Signature du candidat

# I/ RAPPEL DES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES :

Les textes réglementaires prennent en compte cette problématique et comportent les dispositions suivantes :

* Pour les personnes en situation de handicap, le Responsable de la formation peut décider d’aménager les tests d’entrée en formation, le cursus de formation et/ou les épreuves d’évaluation certificative (A 212-44).
* Cette décision est prise après avis d’un médecin agréé par la Fédération française handisport, ou la Fédération française de sport adapté, ou du médecin désigné par la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées sur la nécessité d’aménager, en Corse la MDPH, le cas échéant :
	+ les tests d’exigences préalables (5e article A 212-35) ;
	+ la formation, ou les épreuves certificatives (8e article A212-36) ;
	+ ou l’épreuve dans le cadre de la VAE (3e article A 212-42), selon la certification visée.
* la décision est communiquée par l'organisme de formation qui doit mettre en place ces aménagements.

# III/ MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL

***(à rédiger sur papier à entête du médecin ou avec son cachet) :***

Je soussigné Dr. ………………………….

Certifie avoir examiné ce jour M. ou Mme (nom et prénom) …………………………………………………………..….

Qui présente un handicap au sens de l’article L114 du code de l’action sociale et des familles (*mentionner succinctement la nature et la localisation du handicap et le cas échéant, le taux d’invalidité octroyé par la maison départementale des personnes handicapées*):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Selon le descriptif des épreuves fourni prévu dans le référentiel de la formation souhaitée…………………………………………………………………………………………………………. . Je constate que l’incapacité fonctionnelle présentée par M. ou Mme (Nom et Prénom) …………………………………………………………………………………………..…………………., ne lui permet pas de passer l’épreuve (*mentionner le type d’épreuve*) ,

dans les conditions habituellement requises pour les personnes valides.

Son état justifie donc l’aménagement de l’épreuve (*mentionner le type d’épreuve*)

…………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………… du :

…………………………………………………………………………………….….

Certificat remis en main propre à l’intéressé pour faire valoir ce que de droit. Fait à

Le

Faire préciser par le médecin signataire du certificat médical si celui-ci est :

* agréé par la Fédération française Handisport, ou
* agréé par la Fédération Française du sport adapté,