



e.p.s.m.d. de l'Aisne

**Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Institut de Formation d'Aides-Soignants  
Bertrand SCHWARTZ**

Secrétariat : Tél : 03 23 23 97 28 / Fax : 03 23 23 68 46

ifsi@epsmd-aisne.fr



**Formulaire de demande d'aménagement de la formation et des conditions d'examens pour un apprenant en situation de handicap**

Ce formulaire de demande d'aménagements des examens et des contrôles continus pendant la formation est à compléter par le candidat ou, s'il est mineur, par son représentant légal, le référent handicap et le Directeur de l'institut.

Une fois complété, il doit être transmis au référent handicap :

**Mme DUMAS Virginie** [ifsi.handicap@epsmd-aisne.fr](mailto:ifsi.handicap@epsmd-aisne.fr)

Nom et prénom : .....

Formation concernée : ☐ Aide- soignant ☐ Infirmier

Dossier MDPH : ☐ oui ☐ non

Si oui, date de validité de l'aménagement :

Si non, avez-vous entrepris une démarche auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapée ?

☐ oui, date de la demande : ..... ☐ non

Indiquez si vous bénéficiez de mesures telles que : RQTH, carte d'invalidité, AAH, transport spécifique, etc. et leur date de validité :

.....

Aménagement de votre scolarité de l'année précédente :

- ☐ PPS (projet personnalisé de scolarisation)
- ☐ PAI (projet d'accueil individualisé)
- ☐ PAP (plan d'accompagnement personnalisé)



e.p.s.m.d. de l'Aisne

**Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Institut de Formation d'Aides-Soignants  
Bertrand SCHWARTZ**

Secrétariat : Tél : 03 23 23 97 28 / Fax : 03 23 23 68 46

ifsi@epsmd-aisne.fr



Demandes d'aménagements (cochez vos demandes d'aménagements)

☐ Tiers temps supplémentaire

☐ Épreuves écrites

☐ Épreuves orales

☐ Autre (à préciser).....

☐ Temps de pause

☐ Utilisation du matériel personnel en salle d'examen (ex : dispositif médical, matériel informatique, médicaments, etc.)

☐ Accessibilité à la salle d'examen et des locaux

☐ Adaptation de certaines épreuves (à préciser)

.....  
.....  
.....

☐ Autres demandes (à préciser)

.....  
.....  
.....

Je souhaite bénéficier des aménagements demandés pour toute la durée de la formation (6 semestres pour la formation en soins infirmiers et 18 mois pour la formation aide-soignante)

☐ oui   ☐ non, préciser la durée.....

|                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Date d'envoi de la demande (à renseigner par l'apprenant)                                          |  |
| Date de réception par le référent handicap (à renseigner par le référent handicap)                 |  |
| Date de rendez-vous entre l'apprenant et le référent handicap (à remplir par le référent handicap) |  |



e.p.s.m.d. de l'Aisne

**Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Institut de Formation d'Aides-Soignants  
Bertrand SCHWARTZ**

Secrétariat : Tél : 03 23 23 97 28 / Fax : 03 23 23 68 46

ifsi@epsmd-aisne.fr



Accord du Directeur de l'institut :

☐ oui    ☐ non, préciser.....

Par la présente, j'accepte que l'avis médical du médecin désigné par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de Handicap) soit transmis à la Direction et au référent handicap de l'institut.

Nom : .....

Prénom : .....

Signature :

Dates, noms et signatures :

L'apprenant :

Le référent handicap :

Directeur de l'institut :