

Demande pour la mise en œuvre de dispositions particulières pour personnes en situation de handicap candidates à une formation CQP.

NOM : ..... Prénom(s) : .....

Epouse : ..... Sexe : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Adresse électronique : .....

Diplômes sportifs et/ou diplômes dans l'animation et/ou attestation de niveau technique (joindre les photocopies) :

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

Formation faisant l'objet de la demande :

CQP ASA mention .....

CQP EAE

CQP ORE

Nature de l'aménagement demandé :

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

Nature du handicap :

.....

.....

.....

.....

.....

Perspective de professionnalisation :

.....

.....

.....

.....

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à :

Le :

(Signature du candidat)

1. Rappel des dispositions réglementaires :

La demande pour la mise en œuvre de dispositions particulières pour personnes en situation de handicap candidates à une formation CQP doit être fait auprès du secrétariat de la CPNE-EE.

La CPNE-EE peut pour les personnes atteintes d'un handicap, accorder des aménagements après avis d'un médecin agréé par la Fédération Française Handisport ou par la Fédération Française de Sport Adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Les aménagements peuvent porter sur les tests des exigences préalables, le cursus de formation et les épreuves de certification. Il est important de faire une demande globale dès le début de la formation.

Il convient de rappeler qu'aucune dispense d'épreuve n'est possible, mais uniquement des aménagements et, d'autre part, qu'il existe une incompatibilité entre le handicap et l'exercice professionnel si la sécurité des usagers est menacée par la nature des handicaps, a fortiori depuis l'article L. 212-1 du code du sport.

2. Modalités d'instruction de la demande.

- Préalablement à son inscription aux tests des exigences préalables à l'entrée en formation (CEP), le candidat fait une demande d'aménagement auprès du secrétariat de la CPNE-EE.
- Il appartient au demandeur de se rapprocher d'un ou plusieurs organismes de formation de son choix, afin d'obtenir le(s) descriptif(s) précis des épreuves puis les communique au médecin agréé en charge de l'étude du dossier.
- Une fois l'avis médical recueilli, le candidat fait acte de candidature auprès d'un ou plusieurs organismes de formation qu'il avait sollicité(s) dans l'étape précédente.
- Au vu du certificat médical, l'organisme de formation étudie les modalités d'aménagement puis demande (en fonction de la nature du handicap) :
  - Pour un handicap mental ou troubles psychiques et de l'adaptation : l'avis du directeur technique national du Sport Adapté (FFSA - 9 rue Jean Daudin - 75015 PARIS - 01.42.73.90.00)
  - Pour un handicap moteur ou visuel ou auditif : l'avis du directeur technique national du Handisport (FFH - 42 rue Louis Lumière - 75 020 PARIS - 01.40.31.45.00)

les aménagements envisagés pour le candidat.

- L'organisme de formation transmet au secrétariat de la CPNE-EE, pour accord, la demande du candidat accompagnée du certificat médical, des aménagements proposés et de l'avis du directeur technique national (du Sport Adapté ou Handisport).

3. Modèle de certificat médical :

Modèle de certificat médical

**À rédiger sur papier à entête du médecin avec son cachet**

Je soussigné, Docteur.....(nom et prénom du médecin) certifie avoir examiné ce jour Madame ou Monsieur.....(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 fourni par la CPNE-EE, je constate que l'incapacité fonctionnelle présentée par Madame ou Monsieur.....(nom-prénom) ne lui permet pas de passer l'épreuve/les épreuves .....  
..... (mentionner le(s) type(s) d'épreuve) dans des conditions habituellement requises pour des personnes valides. Son état justifie l'aménagement de l'épreuve/des épreuves .....  
.....(mentionner le(s) type(s) d'épreuve) du :

- CQP ASA mention .....
- CQP EAE
- CQP ORE

Certificat remis en main propre à l'intéressé, pour faire valoir ce que droit.

Fait le..... à.....

(Signature et cachet du médecin)

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

**- agréé par la Fédération française du sport adapté ;**

**- ou agréé par la fédération française handisport ;**

**- ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.**

*Références :*

- La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Les articles A212-35 et A212-36 du code du sport ;
- L'instruction 08-139 JS du 12 novembre 2008.