



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

[www.ac-aix-marseille.fr/jeunesse-engagement-et-sports](http://www.ac-aix-marseille.fr/jeunesse-engagement-et-sports)

[academique-paca.fr](http://academique-paca.fr)

DELEGATION REGIONALE ACADEMIQUE  
A LA JEUNESSE, A L'ENGAGEMENT ET AUX SPORTS  
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR

66 A Rue Saint Sébastien - CS 80002

13292 MARSEILLE cedex

e-mail : [drajes-paca-diplomes-animationsport@region-](mailto:drajes-paca-diplomes-animationsport@region-academique-paca.fr)

**DEMANDE D'AMENAGEMENT POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE  
HANDICAP POUR LES CPJEPS, BPJEPS, DEJEPS ET DESJEPS**  
**A retourner à la DRAJES PACA renseignée et accompagnée de l'avis du médecin ainsi qu'à  
l'organisme de formation**

***Références au code du sport : Articles A212-35, A212-36, A212-44 et A212-45***

## 1. RAPPEL DES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES

La procédure pour les CPJEPS, BPJEPS, DEJEPS, DESJEPS est déconcentrée auprès de chaque DRAJES.

Les textes réglementaires prennent en compte ce régime dérogatoire et comportent les dispositions suivantes :

- Pour les personnes en situation de handicap, le délégué régional académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES) peut décider d'aménager les tests d'entrée en formation, le cursus de formation et/ou les épreuves d'évaluation certificative (A212-44 du code du sport) ainsi qu'en référence à l'arrêté de chaque diplôme (<http://www.sports.gouv.fr/emplois-metiers/diplomes-et-encadrement/le-bpjeps/>).
- Cette décision est prise après avis d'un médecin agréé par la Fédération française handisport, ou la Fédération française de sport adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, sur la nécessité d'aménager, le cas échéant et selon les spécialités, mentions et/ou options visées du diplôme :
  - les tests d'exigences préalables (article A 212-35) ;
  - la formation, ou les épreuves certificatives (Article A212-36) ;
  - ou l'épreuve dans le cadre de la VAE (article A 212-42).
- la décision est communiquée à l'organisme de formation concerné qui doit mettre en place ces aménagements.

Le DRAJES examine la compatibilité du handicap justifiant les aménagements mentionnés à l'article A212-44 avec l'exercice professionnel de l'activité du diplôme, après avis d'un médecin agréé par la Fédération française handisport, ou la Fédération française de sport adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Le DRAJES peut apporter une restriction aux conditions d'exercice ouvertes par la possession du diplôme.

**Médecin : Docteur Antoine BRUZEL**  
**04.91.74.42.00 (8h30/12h ou 14h/16h)**

*Pour toute information, contacter :*

- Anne-Françoise RAYBAUD (depts. 13, 04, 05, 84) : [anne-francoise.raybaud@region-academique-paca.fr](mailto:anne-francoise.raybaud@region-academique-paca.fr)

- Damien SEVERI (depts 06,83) : [damien.severi@region-academique-paca.fr](mailto:damien.severi@region-academique-paca.fr)

Dossier à envoyer à : DRAJES PACA - Pôle Formations, Certifications, Animation, Sport - 66 A rue Saint Sébastien - CS 80002 - 13292 MARSEILLE cedex

## 2. FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENT

<b>Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/></b>	
<b>NOM :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	
<b>Lieu de naissance :</b>	
<b>Adresse :</b> <b>Code postal :</b> <b>Ville :</b>	
<b>Téléphone :</b> <b>Mail :</b>	
<b>Diplômes sportifs ou attestations de niveau technique</b> (joindre les photocopies) :	
<b>Formation faisant l'objet de la demande :</b> (cocher la case correspondante)	
<input type="checkbox"/> <b>BPJEPS spécialité :</b>	
<b>Mention/option :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>DEJEPS spécialité :</b>	
<b>Mention/option :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>DESJEPS spécialité :</b>	
<b>Mention/option :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Certificat complémentaire :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>CPJEPS :</b>	

**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 :**

### 3. CERTIFICAT MEDICAL :

(modèle de référence)

Je soussigné Dr. ....

Numéro RPPS : .....

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 par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, 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/des épreuves (*mentionner le type d'épreuve*) ..... du :

**Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS)**  
(*préciser la spécialité du brevet présenté*) :

**Diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DEJEPS)**  
(*préciser la spécialité et la mention du diplôme préparé*) :

**Diplôme d'Etat Supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DESJEPS)**  
(*préciser la spécialité et la mention du diplôme préparé*) :

**CPJEPS / Certificat complémentaire** (*préciser l'intitulé*) :

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

Fait à : ..... Le .....

Signature : .....

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

- recommandé par la Fédération française Handisport,

ou

- recommandé par la Fédération Française du sport adapté,

ou

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

**AMENAGEMENT(S) PRESCRIT(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 et cachet du médecin :