

## **Demande d'aménagement pour l'accès des personnes handicapées aux diplômes sportifs**

**à remplir par le demandeur qui transmettra à l'organisme de formation**

**REF :**

- loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Article L 114-1 du code de l'action sociale et des familles
- Arrêté du 30 juillet 2018 publié au Journal Officiel du 07 août 2018 portant enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles. Enregistrement pour cinq ans, sous l'intitulé Certificat de qualification professionnelle « Educateur tennis » avec effet du 07 août 2018, jusqu'au 07 août 2023.

**P.J. :**

- **modalités d'aménagement d'épreuves à renseigner par l'organisme de formation**
- **modèle de certificat médical à transmettre à l'organisme de formation**
- **parcours type relatif à la demande d'aménagement**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE et LIEU de NAISSANCE .....

NIVEAU SCOLAIRE : .....

ADRESSE :

.....  
.....

N° de TELEPHONE PORTABLE : .....

DIPLÔMES SPORTIFS OU ATTESTATION DE NIVEAU TECHNIQUE :

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

NATURE DU HANDICAP :

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

PERSPECTIVES DE PROFESSIONNALISATION :

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

MODULES DE FORMATION FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE

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

ÉPREUVES FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE (*Les aménagements peuvent porter sur les sélections, le cursus de formation et les épreuves de certification. Aucune dispense d'épreuve n'est possible mais uniquement des aménagements.*)

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

Si vous vous êtes déjà présenté(e) aux épreuves demandées, précisez les LIEUX, DATES et ORGANISME de FORMATION :

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

QUELLES ÉPREUVES AVEZ-VOUS OBTENUES ?.....

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

DATE D'OBTENTION DE L'ATTESTATION DE FORMATION AUX PREMIERS SECOURS  
(*Obligatoire pour accéder à la formation*)

.....  
.....

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

Fait à .....

Le.....

Signature



## CERTIFICAT MEDICAL *(modèle)*

à rédiger sur papier en tête 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 L.114 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, 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 de qualification professionnelle « éducateur de tennis »**

.....

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

Fait à .....

Le .....

Cachet et signature

## PARCOURS TYPE RELATIF A LA DEMANDE D'AMENAGEMENT

### Le Candidat

① Préalablement à son inscription à la formation le candidat fait une demande d'aménagement auprès du responsable pédagogique du centre de formation à la ligue de tennis de Bourgogne-Franche-Comté.



### L'Organisme de Formation

② Le responsable pédagogique du centre de formation lui remet le dossier de demande d'aménagement accompagné :

- d'un modèle de « **Certificat Médical** » à transmettre après consultation avec le Médecin agréé, à l'organisme de formation,
- du présent « **Parcours Type** » relatif à la demande d'aménagement.



### Le Candidat

③ Il appartient au candidat :

- de prendre rendez-vous :
  - soit avec un Médecin agréé désigné par la Fédération Française Handisport (FFH) ou par la Fédération Française de Sport Adapté (FFSA) ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH),
  - soit avec un Médecin agréé (liste disponible sur le site internet de la préfecture de son lieu de résidence),
- de se rapprocher d'un ou plusieurs organismes de formation de son choix, afin d'obtenir le(s) descriptif(s) précis des épreuves (test de sélection, exigences préalables à la mise en situation pédagogique, épreuves certificatives...), et les modalités d'aménagements d'épreuves envisageables,
- de les communiquer au médecin agréé en charge de l'étude du dossier,
- de faire acte de candidature (avec l'avis médical) auprès d'un ou plusieurs organismes de formation de son choix.



### L'Organisme de Formation

④ Au vu du certificat médical, l'organisme de formation étudie les modalités d'aménagements 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 – 3 rue CEPRE - 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);

sur les aménagements envisagés pour le candidat.

- A réception de l'avis, l'organisme de formation fixe les aménagements et les communique au candidat.