**Demande de compensation des désavantages**

**Dernière année de la procédure de qualification: …………….**

□ Examen partiel

□ Examen de fin d'apprentissage

remettre la demande **au plus tard lors de l'inscription à l'examen de fin d'apprentissage**

***1. Données personnelles Numéro du contrat d'apprentissage:*** *…………*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom: |  | Profession: |  |
| Prénom: |  | Orientation/Branche: |  |
| Rue: |  | Entreprise formatrice: |  |
| Domicile: |  | Lieu: |  |
| Tél. privé: |  | Tél. professionnel: |  |

***2. Handicap affectant les performances***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ dyslexie: |  | □ dyscalculie |  |
| □ TDA/H: |  | □ autre:………………. | ……………………………… |
| expertise réalisée par: |  | spécialiste: ……………………………………………. |

***3. Demande de compensation des désavantages par la personne compétente***

(fondée sur le journal des mesures d'appui et l'avis des centres spécialisés consultés)

**Domaines de qualification concernés:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Type de compensation des désavantages (moyens auxiliaires, appareils):**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Périmètre de la compensation des désavantages (prolongation de la durée de l'examen):**

|  |
| --- |
|  |
|  |

***4. Annexes***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Expertise actuelle | □ Autre: |  |
| **-** Journal des mesures d'appui **-** Notes du semestre **-** Bulletins scolaires  |
|  | ***Date:*** | ***Signature:*** |
| Personne en formation: |  |  |
| Formateur compétent: |  |  |
| Formateur en entreprise responsable: |  |  |