



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

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

e-mail : [drajes-paca-diplomes-animationsport@region-academique-paca.fr](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 (5  
premières pages / 6) ainsi qu'à l'organisme de formation habilité*

**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-bpjepps/>).
- 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 (dpts. 13, 04, 05, 84) : [anne-francoise.raybaud@region-academique-paca.fr](mailto:anne-francoise.raybaud@region-academique-paca.fr)

- Damien SEVERI (dpts 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 -  
28 Bvd Charles Nédelec, 13231 MARSEILLE cedex 01.**

## 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 : (cocher la case correspondante + compléter)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>BPJEPS spécialité :</b>	<b>Educateur Sportif <input type="checkbox"/> / <b>Animateur <input type="checkbox"/></b></b>
<b>Mention / option :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>DEJEPS spécialité :</b>	<b>Perfectionnement Sportif <input type="checkbox"/> / ...</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>	



**3. CERTIFICAT MEDICAL A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN A.BRUZEL (OU UN MEDECIN DU SERVICE MPR DE L'HPHM / SAINTE-MARGUERITE A MARSEILLE).**

(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 requises par le code du sport 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 les spécialité, mention et option du brevet en projet*) :

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

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

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

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

Fait à : ..... Le (date) .....

Signature : ..... + Tampon du service MPR de l'HPHM

**4. AMENAGEMENT(S) PRESCRIT(S) AU REGARD DE LA SITUATION DE HANDICAP, à renseigner uniquement et manuscritement par le Médecin du Service MPR consulté :**

(Préciser s'il s'agit des Tests d'Exigences Préalables / « TEP » ; sélectifs vers une entrée potentielle en formation ; et/ou de la « formation » et/ou des « épreuves de certification » au cours de la formation) :

Fait à :

le :

Signature et cachet du médecin :

(à renseigner uniquement par le médecin du service de MPR consulté).

**5. AMÉNAGEMENT/S FIXÉ/S PAR LA DRAJES PACA APRÈS ÉTUDE DE LA DEMANDE À RENSEIGNER PAR LE RÉFÉRENT DE DIPLÔME DE LA DRAJES PACA :**

**L'ENSEMBLE DU PRÉSENT FORMULAIRE (PAGES UNE A SIX INCLUES) EST À ADRESSER PAR COURRIEL :**

- 1- À L'ORGANISME DE FORMATION HABILITE OÙ SE DÉROULERONT LES TEP ET/OU LA FORMATION (+ INDIQUER SES INTITULE, ADRESSE CI-APRÈS + L'IDENTITE DU RESPONSABLE DES TEP ET DE LA FORMATION VISEE),**
- 2- AU DEMANDEUR DE L'AMÉNAGEMENT.**

Fait à :

le :

**Identité et Signature du référent de diplôme / Pôle Formations et Certifications des diplômes de l'animation et du sport de la DRAJES PACA :**