

**Le Candidat**

 Préalablement à son inscription à la formation le candidat fait une demande d’aménagement auprès du responsable pédagogique du centre de formation du comité départemental de l’Essonne.



**L’Organisme de Formation**

 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**

 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

 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.



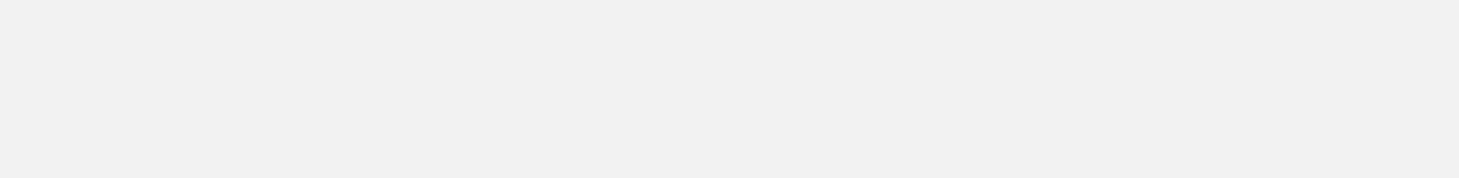
**Comité ESSONNE de Tennis – Organisme de formation**

Déclaré et enregistré sous le Numéro : 11910641491

Numéro de Siret : 30808971300025

Tél : 01.69.46 .61.31 – email : comite.essonne@fft.fr





**DEMANDE D’AMÉNAGEMENT**

Pour l’accès des personnes handicapées aux diplômes sportifs

# A remplir par le demandeur

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 « Éducateur 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**



**DIPLÔMES SPORTIFS OU ATTESTATION DE NIVEAU TECHNIQUE**



**MAIL**



**TELEPHONE**



**ADRESSE**



**NIVEAU SCOLAIRE**



**DATE ET LIEU DE NAISSANCE**



**NOM**

**PRÉNOM**



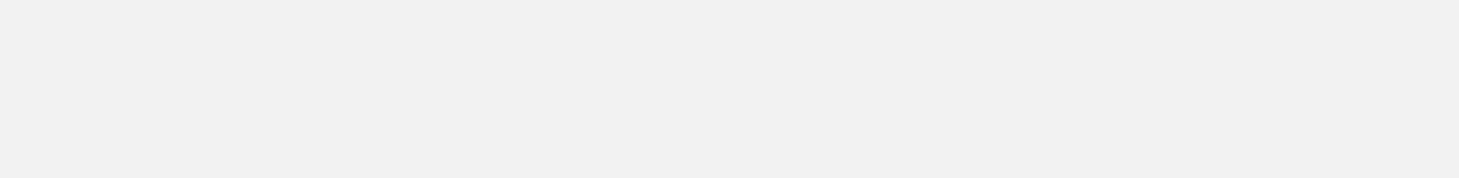
**Comité ESSONNE de Tennis – Organisme de formation**

Déclaré et enregistré sous le Numéro : 11910641491

Numéro de Siret : 30808971300025

Tél : 01.69.46 .61.31 – email : comite.essonne@fft.fr





**DEMANDE D’AMÉNAGEMENT**

Pour l’accès des personnes handicapées aux diplômes sportifs



**1. NATURE DU HANDICAP**



**2. PERSPECTIVES DE PROFESSIONNALISATION**



**Comité ESSONNE de Tennis – Organisme de formation**

Déclaré et enregistré sous le Numéro : 11910641491

Numéro de Siret : 30808971300025

Tél : 01.69.46 .61.31 – email : comite.essonne@fft.fr



**MODALITÉS D’AMÉNAGEMENTS D’ÉPREUVES**

Pour l’accès des personnes handicapées aux diplômes sportifs

# A remplir par 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 11 juillet 2018 publié au Journal Officiel du 21 juillet 2018 portant enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles. Enregistrement pour cinq ans, sous l'intitulé "Certificat de qualification professionnelle Animateur tennis" avec effet du 21 juillet

2018, jusqu'au 21 juillet 2023.

L’organisme de formation étudie les modalités d’aménagement d’épreuves, au vu du certificat médical, puis demande l’avis du directeur technique national du Sport Adapté ou de l’Handisport sur les aménagements envisagés.



**Comité ESSONNE de Tennis – Organisme de formation**

Déclaré et enregistré sous le Numéro : 11910641491

Numéro de Siret : 30808971300025

Tél : 01.69.46 .61.31 – email : comite.essonne@fft.fr

**Comité ESSONNE de Tennis – Organisme de formation**

Déclaré et enregistré sous le Numéro : 11910641491

Numéro de Siret : 30808971300025

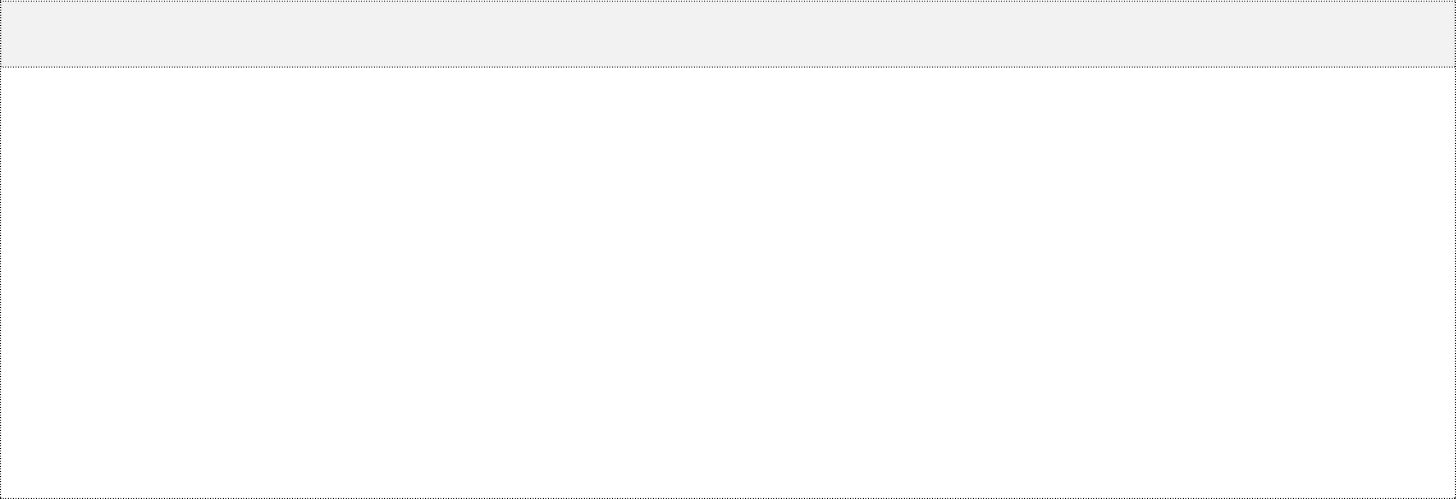
Tél : 01.69.46 .61.31 – email : comite.essonne@fft.fr

**Comité ESSONNE de Tennis – Organisme de formation**

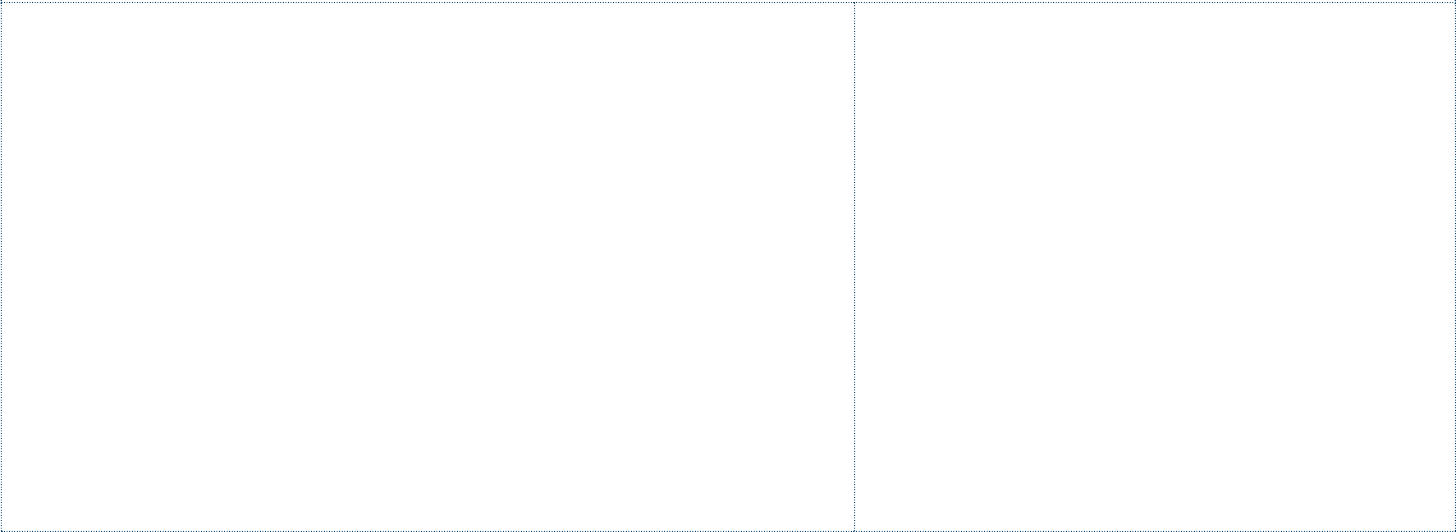
Déclaré et enregistré sous le Numéro : 11910641491

Numéro de Siret : 30808971300025

Tél : 01.69.46 .61.31 – email : comite.essonne@fft.fr



**Modalités d’aménagements proposées par l’organisme de formation**



Avis circonstancié du D.T.N. du Sport Adapté ou Handisport

Fait à

Le

Signature de l’organisme de formation

Signature du D.T.N. du Sport Adapté ou Handisport



**CERTIFICAT MÉDICAL**

(Modèle)

# A 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 »

Fait à Le

Cachet et signature

Certificat remis en main propre à l’intéressé pour faire valoir ce que de droi

**Comité ESSONNE de Tennis – Organisme de formation**

Déclaré et enregistré sous le Numéro : 11910641491

Numéro de Siret : 30808971300025

Tél : 01.69.46 .61.31 – email : comite.essonne@fft.fr

**Comité ESSONNE de Tennis – Organisme de formation**

Déclaré et enregistré sous le Numéro : 11910641491

Numéro de Siret : 30808971300025

Tél : 01.69.46 .61.31 – email : comite.essonne@fft.fr

**Comité ESSONNE de Tennis – Organisme de formation**

Déclaré et enregistré sous le Numéro : 11910641491

Numéro de Siret : 30808971300025

Tél : 01.69.46 .61.31 – email : comite.essonne@fft.fr