

BEP-CAP ⁽¹⁾

ETABLISSEMENT :

NOM – Prénom	Série	Tiers temps Ecrit	Tiers temps Oral	Sujets en braille	Sujets agrandis	Assistance d'un secrétaire	Autres dispositions	Avis motivé du CHEF d'ETABLISSEMENT *

(1) Tous les BEP-CAP, sauf CAP Monteur en Optique - BEP Optique-Lunetterie - CAP Opérateur Projectionniste - CAP Coiffure, Esthétique.

* Préciser si l'élève bénéficie d'un PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation) ou d'un PAI (Plan d'Aide à l'Intégration), et s'il fait éventuellement l'objet d'un aménagement du cursus scolaire (ex. : dispense d'une discipline).