**Demande de compensation des désavantages**

Examen fédéral de maturité professionnelle (EFMP)

La demande est formulée pendant la période d’inscription à l’examen. Elle est valable uniquement pour la session d’examen de l’année concernée.

Le formulaire dûment complété et signé doit être renvoyé avec les justificatifs requis entre le **1er janvier et le 1er mars** par voie postale ou par courriel :

**Secrétariat d’État à la formation, à la recherche et à l’innovation SEFRI**

Examens de maturité (EFMP)

Einsteinstrasse 2

3003 Berne

[ebmp@sbfi.admin.ch](mailto:ebmp@sbfi.admin.ch)

**Informations concernant le candidat/la candidate**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : | | Prénom : |
| Adresse : | | |
| NPA : | Lieu : | |
| Tél. : | | Courriel : |
| Date de naissance : | | |

**Formation professionnelle**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Formation professionnelle initiale : | | |
| Orientation : | | |
| Entreprise formatrice : | | |
| NPA : | Lieu : | |
| Tél. : | | Courriel : |

**Handicap**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Expertise du : | Spécialiste : |

**Mesures compensatoires demandées**

|  |  |
| --- | --- |
| Branche d’examen : | Type de compensation : |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Justification**

|  |
| --- |
| Veuillez justifier pourquoi vous demandez une compensation des inégalités et décrivez en détail ce dont vous avez besoin pour compenser l’inégalité découlant de votre handicap. |

**Annexes**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Je certifie avoir rempli correctement le formulaire.

Lieu, date : Signature :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

SEFRI – octobre 2023