**Demande d’aménagement des études et/ou des examens**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom**  |       |
| **Prénom**  |       |
| **Adresse**  |       |
| **Adresse email** |       |
| **Programme doctoral**  |       |
| **Doctorant externe** (contrat non EPFL) |       |
| **Arrivée à l’EPFL** |       |

|  |
| --- |
| **Comment se nomme votre handicap ou maladie chronique ?** |
|       |

|  |
| --- |
| **Dans quelle situation, ou durant quelle activité d’étude, avez-vous des difficultés dues à votre handicap/maladie chronique?** |
| [ ]  Lecture  | [ ]  Apprentissage sur écran (internet, laptop…) |
| [ ]  Ecriture | [ ]  Documentation  |
| [ ]  Parole  | [ ]  Stage/formation pratique  |
| [ ]  Prise de notes  | [ ]  Examens oraux  |
| [ ]  Participation à une classe ou un séminaire | [ ]  Examens écrits  |
| [ ]  Organisation de votre journée  | [ ]  Communication interpersonnelle  |
| [ ]  Apprentissage individuel ou en groupe  |  |
| **Autre** |

|  |
| --- |
| **Comment cela affecte-t-il votre quotidien en tant qu’étudiant-e / collaborateur-trice?** |
|       |
| **Quels sont les moyens techniques ou humains dont vous bénéficiez maintenant afin de pallier à ces difficultés ?** |
|       |
| **Quels types d'aide et de soutien en matière d'enseignement / de poste de travail se sont révélés utiles jusqu'à présent?** |
|       |

|  |
| --- |
| **Quels sont les aménagements dont vous avez besoin en tant qu’étudiant-e / collaborateur-trice à l’EPFL?** |
|       |
| **Est-ce votre première demande d’aménagement des études / poste de travail à l’EPFL?** |
| [ ]  Oui [ ]  Non  |
| **Avez-vous déjà bénéficié d’un aménagement des études lors de votre formation?** |
| Oui |  [ ]  Je joins la/les confirmation(s) d’aménagement des études et les rapports médicaux liés [ ]  Je n’ai pas reçu de confirmation(s) d’aménagement des études |
| Non |  [ ]   |
| **Directeur de thèse** |
|  | Coordonnées (nom, prénom et section) |
| [ ]  Inconnu |  |
| [ ]  Contact pris / en discussion |  |
| [ ]  Contrat signé |  |
| **Nous autorisez-vous à prendre contact avec votre médecin/spécialiste?** |
| [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Nous autorisez-vous à transmettre la nature de votre handicap/maladie chronique au directeur de thèse / l’administratrice du programme ?** |
| [ ]  Oui [ ]  Non |

Date :

Signature :