**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 :