**En cas de handicap/maladie chronique/accident**

* Demande d’aménagement pour les cours et les examens

***Ce formulaire est à compléter par l’étudiant.e (pages 1-4) et le/la spécialiste (pages 5-7)***

A remplir par l’étudiant.e

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Adresse email** |  |
| **Section** |  |
| **Date d’entrée à l’EPFL** |  |
| **Niveau d’études** | CMS  Bachelor  Master |

|  |
| --- |
| **Comment se nomme le diagnostic pour lequel vous demandez des aménagements ?** |
|  |

1. **Aménagements pour les cours**

|  |
| --- |
| **Dans quelle(s) situation(s), avez-vous des difficultés dues à votre diagnostic ?** |
|  |

1. **Aménagements pour les examens**

|  |
| --- |
| **Quels sont les aménagements dont vous auriez besoin ?** |
| **Examens écrits** : |
| **Examens oraux** : |

1. **Les impacts de votre diagnostic**

|  |
| --- |
| **Comment votre diagnostic affecte-t-il votre quotidien pendant les études?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Avez-vous déjà bénéficié d’un aménagement lors de votre formation?** |
| Oui(joindre la/les décision(s) d’aménagements)  Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nous autorisez-vous à :** | |
| Prendre contact avec votre spécialiste ? | Oui  Non |
| Transmettre la nature de votre handicap/maladie chronique  à vos professeurs/adjoint-e de section/directeur.trice de section ? | Oui  Non |

|  |
| --- |
| **Auriez-vous besoin d’un entretien afin d’évoquer vos éventuels besoins et/ou attentes qui**  **pourraient faciliter votre intégration au sein de l’EPFL ?** |
| Oui. Il vous suffit d’envoyer un mail à [sae.amenagements@epfl.ch](mailto:sae.amenagements@epfl.ch) avec quelques propositions  de rendez-vous, selon vos disponibilités.    Non |

Date :

Signature (manuscrite)  :………………………………….

**Si vous êtes déjà en possession d’un certificat médical / rapport / bilan du/de la spécialiste qui vous suit ou que ce/cette dernier.ère ne désire pas utiliser le formulaire ci-dessous, assurez-vous que ce document :**

* date de moins de 2 ans
* est dûment daté et signé
* mentionne les 4 points suivants :

1. Le diagnostic pour lequel vous demandez un aménagement des examens (selon ICF/CIM ou DSM)
2. Les répercussions fonctionnelles de votre problème de santé et ses impacts sur les examens (ce qui correspond à la justification de pourquoi vous demandez un aménagement des examens).
3. L’évolution probable de votre problème de santé (y-a-t-il notamment un traitement qui a récemment été mis en place ou qu’il est prévu de mettre en place prochainement ?).
4. La quantification précise du temps supplémentaire préconisé pour les examens écrits et/ou oraux (ex. 20%, 33%, … de temps supplémentaire) et/ou autres mesures ou moyens qui vous permettraient de pallier à vos difficultés.

A remplir par le/la spécialiste qui suit le problème de santé

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom/Prénom du spécialite** |  |
| **Spécialité** |  |
| **Adresse du cabinet** |  |
| **Adresse email** |  |
| **N° de téléphone** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ce document concerne** | Nom :  Prénom :  Date de naissance : |

|  |
| --- |
| 1. **Diagnostic (selon ICF/CIM ou DSM) ?** |
| Quand le diagnostic a-t-il été posé ? : |

|  |
| --- |
| 1. **Quelles sont les répercussions fonctionnelles du diagnostic pour lequel un aménagement est demandé (ce qui correspond à la justification de pourquoi un aménagement des cours et/ou des examens est nécessaire) ?** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Permanence ou évolution (possible aggravation ou amélioration) du problème de santé ?** |
|  |
| Pour les **accidents** (fractures, entorses…) : ce certificat est valable jusqu’au |

|  |
| --- |
| 1. **Un traitement a-t-il récemment été mis en place, ou prévu prochainement, qui pourrait modifier les limitations fonctionnelles de la personne ?** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Mesures préconisées pour pallier aux problèmes de santé** |
| **Cours**  Un aménagement pour les cours est-il préconisé ?  Oui  Non  Si oui précisez :  **Examens**  **Temps supplémentaire pour les examens**   * Ecrits :  20% (1/5)  33% (1/3)  autre :       % * Oraux : * Préparation  20% (1/5)  33% (1/3)  autre :       % * Passage  20% (1/5)  33% (1/3)  autre :       %   **Récupération du temps passé à : faire des soins**  **, faire une pause** , **manger/boire**  (ex. diabète, migraine, malaise…) dans la limite maximum d’un tiers temps  **Autre(s) aménagement(s) préconisé(s)**  Tablette électronique avec clavier, stylet et logiciel Notability (traitement de texte)  Etre placé.e dans un endroit calme de la salle  Possibilité de porter des protections auditives (dispositif non électronique)  Autre(s) : |

Date :

Signature + cachet du/de la spécialiste :………………………

****La demande est à transmettre à [sae.amenagements@epfl.ch](mailto:sae.amenagements@epfl.ch)en **un seul document PDF**

et selon l’**ordre suivant**:

1. Formulaire

2. Rapport et/ou bilan

3. Autres documents relatifs à la demande et aménagements antérieurs (si existants)