

Première demande       Renouvellement       Avenant N°

SITE DE BREST       QUIMPER       MORLAIX

Nom : ..... Prénom : .....

N° étudiant : ..... Téléphone : .....

Composante : ..... Filière d'inscription : .....

Type de handicap: moteur       auditif       visuel       maladie invalidante       cognitif       TSA

troubles psychiques       troubles du langage       temporaire       autre  (préciser) :

Rendez-vous conseillé avec Handiversité/DEVE :  Oui       Non

## AMENAGEMENTS DES ETUDES

	DEMANDE DE L'ETUDIANT	AVIS DU MEDECIN DU SUMPPS	PROPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIELLE
<b>• VALIDITÉ DES AMÉNAGEMENTS</b>	<input type="checkbox"/> Pour l'année universitaire <input type="checkbox"/> Pour toute la durée des études <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Pour l'année universitaire <input type="checkbox"/> Pour toute la durée des études <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Pour l'année universitaire <input type="checkbox"/> Pour toute la durée des études <input type="checkbox"/> Autre : .....
<b>• MESURES D'ACCESSIBILITE AUX LOCAUX</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
<b>• INSTALLATION DANS LA SALLE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
<b>• AIDES TECHNIQUES, MATERIEL INFORMATIQUE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser notamment le logiciel			
<b>• ADAPTATION DES SUPPORTS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
préciser			
<b>• AIDE HUMAINE (preneurs de notes, aide à la manipulation,...)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
<b>• ADAPTATION DU CURSUS (régime long, absences justifiées, dispense d'assiduité, ...)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
<b>• AUTRES (préciser)</b>			

Avis transmis le : à l'autorité administrative pour décision	Date : Signature de l'étudiant	Date : Nom du médecin :  Signature	Date : Nom : Signature
---	-----------------------------------	---	------------------------------

# AMENAGEMENTS DES EXAMENS ET/OU DES ETUDES 2024/25

Nom : ..... Prénom : ..... N° étudiant : ..... Filière d'inscription : .....

## AMENAGEMENTS DES EXAMENS

	DEMANDE DE L'ETUDIANT	AVIS DU MEDECIN DU SUMPPS	PROPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIELLE
<b>• VALIDITÉ DES AMÉNAGEMENTS</b>	<input type="checkbox"/> Pour l'année universitaire <input type="checkbox"/> Pour toute la durée des études <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Pour l'année universitaire <input type="checkbox"/> Pour toute la durée des études <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Pour l'année universitaire <input type="checkbox"/> Pour toute la durée des études <input type="checkbox"/> Autre : .....
<b>• TEMPS MAJORÉ</b>	<input type="checkbox"/> 1/3 temps <input type="checkbox"/> ..... minutes /épreuve <input type="checkbox"/> autre : .....	<input type="checkbox"/> 1/3 temps <input type="checkbox"/> ..... minutes /épreuve <input type="checkbox"/> autre : .....	<input type="checkbox"/> 1/3 temps <input type="checkbox"/> ..... minutes /épreuve <input type="checkbox"/> autre : .....
<b>• POUR LES ÉPREUVES</b>	<input type="checkbox"/> rédactionnelles <input type="checkbox"/> QCM <input type="checkbox"/> orales <input type="checkbox"/> pratiques <input type="checkbox"/> pour la préparation de l'oral	<input type="checkbox"/> rédactionnelles <input type="checkbox"/> QCM <input type="checkbox"/> orales <input type="checkbox"/> pratiques <input type="checkbox"/> pour la préparation de l'oral	<input type="checkbox"/> rédactionnelles <input type="checkbox"/> QCM <input type="checkbox"/> orales <input type="checkbox"/> pratiques <input type="checkbox"/> pour la préparation de l'oral
<b>• TEMPS DE PAUSE (avec report du temps en fin d'épreuve)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>• AUTORISATION DE DEAMBULER</b>	<input type="checkbox"/> avec report du temps <input type="checkbox"/> sans report du temps <input type="checkbox"/> avec sortie <input type="checkbox"/> sans sortie	<input type="checkbox"/> avec report du temps <input type="checkbox"/> sans report du temps <input type="checkbox"/> avec sortie <input type="checkbox"/> sans sortie	<input type="checkbox"/> avec report du temps <input type="checkbox"/> sans report du temps <input type="checkbox"/> avec sortie <input type="checkbox"/> sans sortie
préciser :			
<b>• MESURES D'ACCESSIBILITE AUX LOCAUX</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
préciser :			
<b>• INSTALLATION DANS LA SALLE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
<b>• AIDES TECHNIQUES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
<b>• ADAPTATION DES SUJETS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
<b>• AIDE HUMAINE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
<b>• AUTRES (préciser)</b>			
Avis transmis le : à l'autorité administrative pour décision	Date : Signature de l'étudiant	Date : Nom du médecin :  Signature	Date : Nom : Signature