

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
• VALIDITÉ DES AMÉNAGEMENTS	<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 :
• MESURES D'ACCESSIBILITÉ AUX LOCAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
• INSTALLATION DANS LA SALLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
• AIDES TECHNIQUES, MATERIEL INFORMATIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser notamment le logiciel			
• ADAPTATION DES SUPPORTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
préciser			
• AIDE HUMAINE (preneurs de notes, aide à la manipulation,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
• ADAPTATION DU CURSUS (régime long, absences justifiées, dispense d'assiduité, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
• AUTRES (préciser)			

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
• VALIDITÉ DES AMÉNAGEMENTS	<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 :
• TEMPS MAJORÉ	<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 :
• POUR LES ÉPREUVES	<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
• TEMPS DE PAUSE (avec report du temps en fin d'épreuve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• AUTORISATION DE DEAMBULER	<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 :			
• MESURES D'ACCESSIBILITE AUX LOCAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
préciser :			
• INSTALLATION DANS LA SALLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
• AIDES TECHNIQUES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
• ADAPTATION DES SUJETS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
• AIDE HUMAINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser			
• AUTRES (préciser)			
Avis transmis le : à l'autorité administrative pour décision	Date : Signature de l'étudiant	Date : Nom du médecin : Signature	Date : Nom : Signature