

## NOTE D'INFORMATION À L'ATTENTION DES ÉTUDIANT(E)S CANDIDATS À UN AMÉNAGEMENT

Madame, Monsieur,

Vous présentez un handicap tel que défini à l'article L.114 du code d'action sociale et des familles et vous demandez à aménager vos examens ou concours dans l'enseignement supérieur.

Vous devez transmettre votre demande au médecin de l'Espace santé étudiants (ESE), désigné par la Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Gironde (MDPH33)<sup>1</sup>.

Pour ce faire, vous remettrez au médecin de l'ESE, avec lequel vous avez rendez-vous, les éléments ci-joints soigneusement complétés :

- **formulaire de demande** (page 2) explicitant les aménagements que vous sollicitez
  - **fiche médicale** (page 4) remplie par votre médecin.
- Veillez à bien remettre à votre médecin le courrier explicatif accompagnant cette fiche (page 3).

Il est **indispensable** de joindre également tous les éléments permettant d'objectiver vos difficultés : courriers médicaux récents, bilans récents (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, neuropsychologie, kinésithérapie), aménagements antérieurs.

En cas de dyslexie, vous joindrez impérativement un bilan orthophonique adapté à l'évaluation des troubles du langage **adulte**, de type EVALAD ou autre.

Au regard des pièces médicales que vous aurez fournies, le médecin de l'ESE vous rendra un avis circonstancié sur les aménagements qui lui paraissent utiles. Cet avis devra être transmis à l'autorité administrative compétente qui décidera des aménagements accordés et vous notifiera cette décision.

Important :

**Les informations médicales de votre dossier sont strictement destinées au médecin de l'Espace santé étudiants dans le respect de leur confidentialité.**

**Tout renouvellement de demande n'implique pas la reconduction systématique des aménagements accordés lors d'une démarche antérieure.**

---

<sup>1</sup> En application de la circulaire n°2011-220 du 27-12-2011 et conformément au décret 2005-1617 du 21 décembre 2005

## **FORMULAIRE DE DEMANDE D'AMENAGEMENT** **À REMPLIR PAR LE CANDIDAT**

Nom / Prénom : .....

Date de naissance : .....

Téléphone / mail : .....

Établissement : .....

Études-Diplôme-année : .....

### **Cocher et préciser les aménagements sollicités**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Temps majoré pour : <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> évaluations écrites (manuscrites ou sur ordinateur)</li><li><input type="checkbox"/> préparation écrite des évaluations orales</li><li><input type="checkbox"/> évaluations orales</li><li><input type="checkbox"/> manipulations en TP</li></ul> | <input type="checkbox"/> Installation particulière dans la salle d'épreuve ( <i>à préciser</i> ):<br>.....   |
| <input type="checkbox"/> Aide à la manipulation en TP   | <input type="checkbox"/> Composition en salle à petit effectif / en salle particulière ( <i>raier la mention inutile</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Possibilité de se lever et/ou marcher et/ou sortir et/ou faire des soins et/ou se restaurer pendant l'épreuve ( <i>raier la/les mentions inutiles</i> )  | <input type="checkbox"/> Matériel particulier sauf ordinateur ( <i>à préciser</i> ):<br>.....  |
| <input type="checkbox"/> Possibilité d'interruption de l'épreuve avec report de temps dans la limite d'un tiers-temps supplémentaire  | <input type="checkbox"/> Utilisation d'un ordinateur <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> logiciel spécifique (<i>à préciser</i>):<br/>.....</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> Assistance d'un secrétaire   | <input type="checkbox"/> Adaptation particulière des sujets ( <i>à préciser</i> ):<br>.....  |
| <input type="checkbox"/> Étalement des épreuves ou sessions ( <i>à préciser</i> ).....  | <input type="checkbox"/> Interface de communication (interprète LSF, codeur LPC) ( <i>à préciser</i> ):<br>.....   |
| <input type="checkbox"/> Accessibilité des locaux ( <i>à préciser</i> ):<br>.....   | <input type="checkbox"/> Adaptation de la nature d'une épreuve / dispense d'épreuve ( <i>raier la mention inutile et préciser les UE concernées</i> ):<br>.....                  |
|   | <input type="checkbox"/> Autres mesures ( <i>à préciser</i> ) :<br>.....   |

**Date :**  
.....

**Signature du candidat :**

**À l'attention du médecin traitant et/ou du médecin spécialiste**

**Espace santé étudiants**

Centre de soins n°330 792 672

**Médecins désignés par la  
CDAPH de la MDPH 33**

Cher confrère, chère consœur,

Afin de compenser un handicap, votre patient(e) souhaite demander un aménagement de ses études et de ses examens.

En tant que médecins désignés par la CDAPH, nous sommes chargés, à l'occasion d'une consultation médicale spécifique à l'Espace santé étudiants (ESE), de juger de la pertinence de cette requête.

Pour cela, il est nécessaire que nous puissions disposer d'une évaluation précise et actualisée de la nature et de la sévérité du handicap présenté. Celle-ci nous permettra de vérifier la cohérence de l'aménagement demandé avec les difficultés objectivées.

Dans le respect du secret médical, les informations que vous fournirez en ce sens seront strictement destinées à l'équipe médicale de l'ESE et nous permettront d'établir des propositions d'aménagement à l'attention de l'autorité administrative décisionnaire de leur mise en œuvre.

En vous remerciant de votre collaboration,

Bien confraternellement,

Les médecins désignés par la CDAPH de la MDPH 33

Ci-jointe : la **fiche médicale** à remplir et à remettre à votre patient(e)

**FICHE MÉDICALE**

NOM / PRENOM du patient :

Date de naissance :

Études :

**Diagnostic/Handicap**

**Aménagements des examens ou concours sollicités par le patient**

**Description des difficultés liées au handicap**

Joindre tout élément d'évaluation objective (bilan orthophonique, psychomoteur, neuropsychologique, d'ergothérapie, bilan-diagnostic de kinésithérapie, etc.)

**Répercussions des difficultés sur la passation des examens (contrôle continu, examens terminaux) ou concours**

**Date :**

**Signature et cachet du médecin**