



## Demande d'aménagements pédagogiques Pour un problème de santé ou une situation de handicap

Document à compléter lisiblement et à renvoyer aux référentes handicap par mail à : [handicap@imt-bs.eu](mailto:handicap@imt-bs.eu)  
Pour sa demande l'étudiant(e) peut, s'il le souhaite être conseillé par la structure handicap

**202.. / 202..**

Nom Prénom étudiant(e):

Formation suivie : **IMT-BS** **TSP**

**PGE MS MSC EMBA Bachelor Alternance**

Adresse durant l'année scolaire

Année suivie (entourez l'année) : **1 2 3**

Téléphone personnel :

Typologie :

Dossier MDPH :  Oui  Non  En cours

- 1 handicap moteur et dyspraxie
- 2 handicap auditif
- 3 handicap visuel
- 4 handicap psychique
- 5 handicap cognitif
- 6 trouble du spectre autistique
- 7 trouble du langage et de la parole (y compris DYS)
- 8 maladies invalidantes
- 9 plusieurs troubles associés
- 10 trouble non cité précédemment
- 11 nature du trouble méconnue

Dossier MDPH n°                      département :

Demande de l'étudiant(e) : (Cochez les cases demandées)

<input type="checkbox"/> Aides humaines: secrétariat, interprètes, prise de notes	<input type="checkbox"/> Utilisation de matériel technique ou informatique	<input type="checkbox"/> Adaptation de supports cours / examens	<input type="checkbox"/> Tutorat pédagogique	<input type="checkbox"/> Pauses autorisées sorties autorisées
<input type="checkbox"/> Aménagement du cursus : Allongement Dérogation Neutralisation	<input type="checkbox"/> Absences itératives contrôle continu	<input type="checkbox"/> Temps majoré aux examens / contrôles	<input type="checkbox"/> Assistance d'un mode de communication	AUTRES :

"J'autorise le service médical à transmettre les informations non confidentielles contenues dans le présent document au service scolarité afin qu'il puisse étudier les aménagements pédagogiques préconisés par le médecin de prévention"

Signature étudiant :

**Avis médical**

Cachet et Signature médecin

Fait Le    /    /

<input type="checkbox"/> Validité de ces aménagements pour l'année scolaire en cours	<input type="checkbox"/> Validité temporaire	DATE SIGNATURE <b>référénte handicap</b> <b>infirmière</b>
--	---	---