

## DEMANDE D'AMENAGEMENTS POUR LES ETUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP

**FORMULAIRE A RETOURNER AVANT LE 1 SEPTEMBRE 2026**

Le bureau d'aide à l'autonomie est joignable par mail [handicap@unimes.fr](mailto:handicap@unimes.fr) ou par téléphone **04 66 36 45 81** ou **04 66 36 45 01**.

➤ **Pièces à joindre obligatoirement au dossier envoyé par mail :**

- La demande d'aménagements dûment renseignée ;
- Document d'aménagement du baccalauréat, BTS, ou de l'établissement d'enseignement supérieur d'origine.

Suite à la réception de votre demande, le bureau d'aide à l'autonomie vous fixera un RDV.

➤ **Justificatifs médicaux utiles en fonctions des situations à fournir lors de votre rendez-vous avec le médecin universitaire :**

- Pour les étudiants présentant une pathologie chronique invalidante (hors troubles des apprentissages) un certificat médical détaillé pour la connaissance de l'état actuel de santé ;
- Pour les étudiants présentant des troubles des apprentissages, de l'attention, de la coordination : les bilans orthophoniques réalisés datés de moins de 4 ans par l'orthophoniste, bilan psychologique, psychomoteur, d'ergothérapie, ... ;
- Des documents particuliers dont des copies de devoirs écrits permettant d'évaluer le niveau de difficulté du candidat, notamment en cas de troubles d'apprentissages.

|                          |                                                           |                                     |  |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|
| N° ETUDIANT : .....      |                                                           | DATE DE NAISSANCE : .../...../..... |  |
| Redoublant               | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                                     |  |
| Boursier                 | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                                     |  |
| NOM DE NAISSANCE : ..... |                                                           | PRÉNOM : .....                      |  |
| ADRESSE : n° rue : ..... |                                                           | Complément d'adresse : .....        |  |
| Code postal : .....      |                                                           | Ville : .....                       |  |
| Téléphone : .....        |                                                           | Mobile : .....                      |  |
| @mail personnel : .....  |                                                           |                                     |  |

|                           |                                                           |                   |                                   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Inscrit à la MDPH         | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | Du ..... Au ..... | <input type="checkbox"/> RQTH     |
| Taux d'incapacité : ..... |                                                           |                   | <input type="checkbox"/> AAH/AEEH |

### TYPOLOGIES

|                                                                  |                                                                |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Troubles des fonctions cognitives*      | <input type="checkbox"/> Pathologies cancéreuses               |
| <input type="checkbox"/> TSA (troubles spécifiques de l'autisme) | <input type="checkbox"/> Troubles des fonctions visuelles      |
| <input type="checkbox"/> Troubles du psychisme                   | <input type="checkbox"/> Troubles des fonctions auditives      |
| <input type="checkbox"/> Troubles du langage et de la parole*    | <input type="checkbox"/> Troubles majeurs associés             |
| <input type="checkbox"/> Troubles des fonctions motrices*        | <input type="checkbox"/> Autres troubles                       |
| <input type="checkbox"/> Maladies invalidantes                   | <input type="checkbox"/> Troubles non divulgués par l'étudiant |
| <input type="checkbox"/> Surdité sévère et profonde           | <input type="checkbox"/> Incapacité temporaire                |

\*Si concerné.e, merci de remplir le **Questionnaire médical confidentiel** page 4

**AMENAGEMENTS PROPOSES PAR L'UNIVERSITE (EN APPLICATION DE LA CIRCULAIRE DU 6 FEVRIER 2023)**

Veuillez cocher les cases des aménagements désirés.

Les aménagements ne seront valables qu'après prescription du médecin universitaire ET validation de l'administration.

| <b>Aménagement accessibilité</b>                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accès parking <input type="checkbox"/> Accès ascenseur |

| <b>Aménagement enseignement particulier (Hors examen)</b>                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prise de note <input type="checkbox"/> Pausas <input type="checkbox"/> Dispense d'assiduité (CM, TD non notés) <i>Présence obligatoire aux TP et examens terminaux et continus</i> |

| <b>Aménagement aux examens</b>                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Majoration d'un tiers temps pour chaque épreuve écrite (QCM compris)           |
| <input type="checkbox"/> Majoration d'un tiers pour chaque préparation d'épreuve orale                  |
| <input type="checkbox"/> Majoration d'un tiers temps pour chaque épreuve pratique                       |
| <input type="checkbox"/> Reformulation des consignes à l'oral                                           |
| <input type="checkbox"/> Utilisation d'un ordinateur du centre d'examen                                 |
| <input type="checkbox"/> Adaptation du sujet                                                            |
| <input type="checkbox"/> Assistance d'un secrétaire                                                     |
| <input type="checkbox"/> Salle d'examen au bureau de l'aide à l'autonomie                               |
| <input type="checkbox"/> Installation matérielle particulière                                           |
| <input type="checkbox"/> Matériel d'écriture en Braille fourni par l'étudiant                           |
| <input type="checkbox"/> Adaptation des épreuves                                                        |
| <input type="checkbox"/> Ne pas tenir compte des fautes d'orthographe pour les épreuves non anonymisées |
| <input type="checkbox"/> Etalement du passage des épreuves                                              |
| <input type="checkbox"/> Assistant spécialiste d'un mode de communication (handicap auditif)            |
| <input type="checkbox"/> Autres dispositions particulières à préciser :                                 |

**FORMATION SUIVIE POUR 20.../20 .....**

|                          |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                   |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| ANNEE DE LA FORMATION :  | <input type="checkbox"/> L1 | <input type="checkbox"/> L2 | <input type="checkbox"/> L3 | <input type="checkbox"/> LP | <input type="checkbox"/> M1 | <input type="checkbox"/> M2 | <input type="checkbox"/> Doctorat |
| INTITULE DE LA FORMATION |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                                   |

Fait à ....., Le .....

Signature de l'étudiant :

**RDV avec le médecin universitaire, le.....//.....à .....**

## TYPOLOGIES

| CODE         | SIGNIFICATION                                         | DESCRIPTIONS                                                                                                                                                                                                                |
|--------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COG</b>   | Troubles des fonctions cognitives                     | Troubles de la mémoire, troubles déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), troubles du développement intellectuel, autres troubles cognitifs d'origine médicamenteuse ou issus de lésions cérébrales, etc. |
| <b>TSA</b>   | Troubles du spectre de l'autisme                      | Troubles du spectre de l'autisme avec ou sans autres troubles associés.                                                                                                                                                     |
| <b>PSY</b>   | Troubles du psychisme                                 | Troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles psychotiques (ex : schizophrénie), troubles liés à l'utilisation de substance, troubles des conduites alimentaires, troubles de la personnalité, etc.                       |
| <b>LNG</b>   | Troubles du langage ou de la parole                   | Troubles spécifiques des apprentissages et troubles de la communication : dyslexie avec sans dyspraxie, dyscalculie, dysorthographe, bégaiement, dysphasie, etc.                                                            |
| <b>MOT</b>   | Troubles des fonctions motrices (dont les dyspraxies) | Dyspraxie, hémiplégie, paraplégie, tétraplégie, infirmité motrice cérébrale (sans altération des capacités intellectuelles)                                                                                                 |
| <b>VIS</b>   | Maladies invalidantes                                 | Maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, maladies gastro-intestinales, maladie musculaires, maladies chroniques, etc.                                                                                           |
| <b>VIS-0</b> | Pathologies cancéreuses                               | Pathologie cancéreuse, y compris étudiants en rémission.                                                                                                                                                                    |
| <b>VUE</b>   | Troubles des fonctions visuelles                      | Cécité ou malvoyance (amétropie, glaucome, rétinopathie, diabétique, rétinite, pigmentaire), autres maladies chroniques de l'œil etc.                                                                                       |
| <b>AUD</b>   | Troubles des fonctions auditives                      | Surdité légère, moyenne, sévère ou profonde, acouphènes liés à une perte auditive ou maladie, etc.                                                                                                                  |
| <b>PTA</b>   | Troubles majeurs associés                            | Plusieurs troubles associés de même importance                                                                                                                                                                            |
| <b>AUT</b>   | Autres troubles                                       | Les troubles ne pouvant être classés dans l'une des catégories précédentes.                                                                                                                                            |

# Questionnaire médical confidentiel

## Demande d'aménagements d'études et/ou d'examens

### Étudiants présentant un trouble spécifique des apprentissages (DYS)

#### Informations importantes

Ce questionnaire est destiné **exclusivement** aux étudiants présentant un ou plusieurs troubles **spécifiques des apprentissages** (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, dyspraxie, dyscalculie, trouble développemental du langage...).

Il complète le **formulaire officiel de demande d'aménagements de Nîmes Université**, qui doit impérativement être renseigné et transmis avec ce questionnaire.

Afin de permettre l'étude de votre demande, vous devez déposer, **sous pli confidentiel**, auprès du **Bureau d'Accompagnement des Étudiants (BAA)** :

- ☐ le formulaire officiel de demande d'aménagements de l'Université de Nîmes ;
- ☐ le présent questionnaire médical, complété et signé ;
- ☐ un bilan datant de **moins de 4 ans**, réalisé par un professionnel compétent (orthophoniste, ergothérapeute, neuropsychologue, médecin spécialisé...), précisant le diagnostic et les besoins spécifiques ;
- ☐ le cas échéant, les décisions ou notifications de la MDPH ainsi que tout document médical utile.

Votre dossier sera étudié par le médecin du Centre de Santé Étudiante.

- Si des informations complémentaires sont nécessaires ou si votre situation le justifie, vous serez convoqué(e) à une consultation médicale.

Les informations recueillies sont couvertes par le secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin du Centre de Santé Étudiante dans le cadre de l'instruction de votre demande.

# I. Informations administratives

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro sécurité sociale : .....

Formation : .....

Année d'études : .....

Téléphone : .....

# II. Trouble(s) spécifique(s) des apprentissages

Quel(s) trouble(s) avez-vous été diagnostiqué(s) ?

☐ Dyslexie

☐ Dysorthographe

☐ Dysgraphie

☐ Dyspraxie / Trouble Développementale de la Coordination (TDC)

☐ Dyscalculie

☐ Trouble développemental du langage

☐ Autre :

.....

À quel âge le diagnostic a-t-il été posé ?

.....

Par quel professionnel ?

.....

### III. Autres antécédents médicaux

Présentez-vous d'autres antécédents médicaux ou troubles pouvant avoir un impact sur vos études ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, précisez :

.....

.....

### IV. Autres troubles associés (si connus)

☐ Aucun

☐ Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)

☐ Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)

☐ Trouble anxieux

☐ Trouble dépressif

☐ Trouble visuel

☐ Trouble auditif

☐ Autre :

.....

## V. Suivi(s) en lien avec votre trouble

Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'un suivi ?

- ☐ Orthophonie
- ☐ Ergothérapie
- ☐ Psychomotricité
- ☐ Neuropsychologie
- ☐ Orthoptie
- ☐ Psychologue
- ☐ Autre :

.....

Ce suivi est-il toujours en cours ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

## VI. Traitement(s) en cours

Prenez-vous actuellement un traitement médical ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Si oui, lequel ?

.....

.....

## VII. Aménagements déjà obtenus

Avez-vous déjà bénéficié d'aménagements ?

|                        | Oui                      | Non                      |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Collège                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lycée                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Baccalauréat           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enseignement supérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Concours               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, vous pouvez préciser lesquels :

.....

.....

## VIII. Informations complémentaires

Vous pouvez utiliser cet espace pour communiquer tout élément médical ou personnel que vous estimez utile à l'étude de votre dossier.

.....

.....

.....

.....

.....

## X. Déclaration

Je certifie exacts les renseignements portés sur le présent questionnaire.

Je reconnais que le médecin du Centre de Santé Étudiante pourra, si nécessaire, me demander des informations complémentaires ou me convoquer à une consultation médicale afin de finaliser l'étude de ma demande.

Fait à : .....

Le : .....

**Signature de l'étudiant :**

# Réservé au Centre de Santé Étudiante

## Pièces reçues

- ☐ Formulaire officiel de demande d'aménagements
  - ☐ Questionnaire médical
  - ☐ Bilan spécialisé de moins de 4 ans
  - ☐ Notification MDPH
  - ☐ Autres documents
- 

## Avis médical

- ☐ Dossier complet
  - ☐ Dossier incomplet
  - ☐ Demande traitée en commission sans consultation
  - ☐ Consultation médicale nécessaire
- 

## Observations

.....

.....

.....

---

**Date :** .....

**Médecin Dr GRAU Fanny**

**Signature :**