**Formulaire pour spécialiste
en cas de certificat incomplet ou pour remplacer le certificat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom/Prénom du spécialite** |       |
| **Spécialité** |       |
| **Adresse du cabinet** |       |
| **Adresse email** |       |
| **N° de téléphone** |        |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ce document concerne l’étudiant.e** | Nom :      Prénom :      Date de naissance :       |

|  |
| --- |
| 1. **Diagnostic (selon ICF/CIM ou DSM) ?**
 |
|        |
| **Date** à laquelle le diagnostic a été posé ? :       |

|  |
| --- |
| 1. **Quelles sont les répercussions fonctionnelles du diagnostic pour lequel un aménagement est demandé (ce qui correspond à la justification de pourquoi un aménagement des cours et/ou des examens est nécessaire) ?**
 |
|        |

|  |
| --- |
| 1. **Quelle est l’évolution probable du problème de santé (permanent ou évolution possible si traitement) ?**
 |
|        |
| Pour les **accidents** (fractures, entorses…) : ce certificat est valable jusqu’au       |

|  |
| --- |
| 1. **Un traitement a-t-il récemment été mis en place, ou prévu prochainement, qui pourrait modifier les limitations fonctionnelles de la personne ?**
 |
|        |

|  |
| --- |
| 1. **Mesures préconisées pour pallier aux problèmes de santé**
 |
| **Cours**Un aménagement pour les cours est-il préconisé ? [ ]  Oui [ ]  NonSi oui précisez :      **Etudes à temps partiel (à remplir uniquement pour la 1ère année bachelor)**Des études à temps partiel sont-elles préconisées ? [ ]  Oui [ ]  NonSi oui précisez : * A quel taux :
* Jusqu’à quelle date :

**Examens****Temps supplémentaire pour les examens** * Ecrits : [ ]  20% (1/5) [ ]  33% (1/3) [ ]  autre :       %
* Oraux :
* Préparation [ ]  20% (1/5) [ ]  33% (1/3) [ ]  autre :       %
* Passage [ ]  20% (1/5) [ ]  33% (1/3) [ ]  autre :       %

**Récupération du temps passé à : faire des soins** [ ]  **, faire une pause** [ ] , **manger/boire** [ ] (ex. diabète, migraine, malaise…) dans la limite maximum d’un tiers temps **Autre(s) aménagement(s) préconisé(s)**[ ]  Tablette électronique avec clavier, stylet et logiciel Notability (traitement de texte)[ ]  Possibilité de porter des protections auditives (dispositif non électronique)[ ]  Autre(s) :       |

Date :

Signature manuscrite + cachet du/de la spécialiste : ………………………………………………………