**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  Non  Si oui précisez :  **Etudes à temps partiel (à remplir uniquement pour la 1ère année bachelor)**  Des études à temps partiel sont-elles préconisées ?  Oui  Non  Si 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 : ………………………………………………………