

**Demande d’aménagements de scolarité**

## Mentions préalables :

**Confidentialité :** Ce dossier est destiné aux Référentes Handicap et à tout service d'urgence désigné par vos soins.

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par les référents Handicap de l’Ensai pour identifier les besoins d’aménagement de votre scolarité au sein de notre école et de communiquer ces aménagements aux personnes ayant besoin de cette information. La base légale de ce traitement est le consentement de l’élève en situation de handicap demandeur d’aménagements de sa scolarité ainsi que la sauvegarde de ses intérêts vitaux.*

*Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants :*

* *Référents handicaps de l’établissement,*
* *La Direction de l’établissement,*
* *La Direction des études et l’équipe pédagogique encadrante si un aménagement de formation est nécessaire sur le plan pédagogique, en cas d’absentéisme et/ou d’urgence médicale,*
* *Le responsable pédagogique de l’établissement partenaire en cas de double diplôme ou d’échange universitaire,*
* *Le responsable des relations entreprises dans le cadre de la mise en relation du suivi de formation en entreprise, si nécessaire,*
* *Le référent sécurité en ce qui concerne la procédure d’évacuation d’urgence adaptée à votre état de santé et/ou d’urgence médicale,*
* *Les personnes en charge des premiers secours dans le cadre d’urgence médicale, prise de médicaments ou autre,*
* *Tout service d'urgence désigné par vos soins (tels que Pompiers, Samu, etc.),*
* *Tout professionnel de santé désigné par vos soins,*
* *Les présidents des associations d’élèves dans le cadre d’événements associatifs nécessitant des besoins spécifiques,*
* *Les autres élèves de votre promotion, si nécessaire*

*Les données sont conservées pendant la durée de votre scolarité au sein de l’Ensai.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données, vous opposer au traitement de vos données et exercer votre droit à la portabilité de vos données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez notre délégué à la protection des données :*

*Groupe des écoles nationales d'économie et statistique*

*5, avenue Henry le Chatelier*

*TSA 86641*

*91764 Palaiseau*

[*dpo@groupe-genes.fr*](mailto:dpo@groupe-genes.fr?subject=Exercice%20de%20mes%20droits%20sur%20mes%20données%20personnelles)

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

En cochant ici, j’atteste avoir pris connaissance des éléments ci-dessus et je confirme les accepter.

Ce dossier se compose de plusieurs volets à compléter obligatoirement.

Date de l’entretien :

Nom du référent handicap en charge de l’entretien :

## 1/ Identification de l’élève

Nom :

Prénom :

Numéro élève de l’élève :

Promotion de l’élève :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Préférence de contact :

Mail

Téléphone

SMS uniquement

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse de domiciliation de l’année en cours :

Code Postal : Ville :

## 2/ Typologie de handicap et/ou situation de santé

**Confidentialité :** Ce dossier est destiné aux Référentes Handicap et à tout service médical désigné par vos soins.

Handicap moteur

Handicap auditif

Handicap visuel

Handicap psychique

Handicap cognitif (troubles dys, TDA/H, troubles du spectre de l’autisme)

Maladie invalidante

Autre :

Non connu

## 3/ Volet médical

**Confidentialité :** conformément au principe du secret médical et du respect de votre vie privée, vous n’avez pas l’obligation de répondre aux questions de cette rubrique.

Nous attirons cependant votre attention sur l’importance de porter à notre connaissance tout élément pouvant avoir une conséquence directe ou indirecte sur votre santé afin de garantir votre sécurité au sein de l’école et de vous proposer les meilleures conditions d’apprentissage possibles.

### Renseignements médicaux

Avez-vous déjà déposé un dossier MDPH ?

Oui  Non  Dossier en cours d’étude depuis le :

Si oui, de quelles mesures bénéficiez-vous ?

RQTH

AAH

Transport adapté

* Si oui, sous quelle forme ? :

Prestation de compensation du handicap (humaine, technique, aménagement du logement ou transport, aide spécifique ou exceptionnelle, animalière)

* Si oui, sous quelle forme ? :

Autre mesure (carte mobilité inclusion …) :

Date du dernier rdv à la médecine universitaire : / /

Traitement en cours :  Oui  Non

* Si oui, précisez les effets secondaires qui pourraient avoir un impact sur votre scolarité (cours, stages, travaux de groupe, activités proposées par l’école…) :

Prises en charge médicales/paramédicales régulières (hospitalisation, consultations médicales régulières, soins et traitement diurnes, rééducations, soins réguliers, autre) :  Oui  Non

* Si oui, précisez les impacts possibles de ces prises en charge sur votre scolarité (cours, stages, travaux de groupe, activités proposées par l’école…) :

Appareillages :

Appareils auditifs  Canne  Sonde urinaire  Corset  Fauteuil roulant

Stimulateur cardiaque  Autre(s) :

### Coordonnées en cas d'urgence

**Coordonnées du contact d’urgence externe (parent, tuteur, proche…) :**

Nom :

Prénom :

Lien avec l’élève :  Parent  Tuteur  Autre :

Numéro de téléphone :

**En cas d’urgence :**

Dans l'hypothèse d'une situation médicale d’urgence, précisez les informations à communiquer dans la mesure du possible aux services d'urgence :

Injections à réaliser :

Consignes spécifiques éventuelles :

Allergies médicamenteuses

Gestes médicaux à pratiquer (ou non)

Autres informations à communiquer :

### Modalités d’évacuation

Mobilité :

Autonome

Évacuable par escalier avec assistance humaine

Translatable en chaise d’évacuation

Non translatable - Espace d’Attente Sécurisé (EAS)

Autre(s) aménagement(s) souhaité(s) :

Besoin d’une surveillance lors des exercices :  oui  non

Autres besoins spécifiques lors de l’évacuation :

## 4/ Année scolaire 2023/2024

Double diplôme ?  Oui  Non

* Si oui, précisez le double diplôme suivi :

Participation à des activités proposées par l’établissement et/ou le BDE :  Oui  Non

* Si oui, précisez la/les activité(s) :

Travail en parallèle des études de l’élève :  Oui  Non

* Si oui, précisez la nature de l’emploi occupé :

Boursier :  Oui  Non

Informations supplémentaires pertinentes :

## 5/ Mobilité internationale et langues

Niveau en langue :

* Français langue étrangère (FLE) :
* Anglais :
* Autre langue :

Difficultés d'évaluation de votre niveau en langues liées à la situation de handicap ?  Oui  Non

(TOEIC, TOEFL...)

Si oui, précisez les difficultés en question :

Difficultés d’apprentissage liées à la situation de handicap ?  Oui  Non

Si oui, précisez les difficultés en question :

Pays déjà identifié(s) :  Oui  Non

Si oui, quels sont-ils ?

Besoins spécifiques dans le cadre d’une mobilité internationale liés à la situation de handicap ?

Oui  Non

Besoin d’une prise en charge médicale spécifique

Adaptation de l’ordonnance médicale (noms internationaux)

Transfert de médicaments

Transports spécifiques

Aide humaine pour la vie de tous les jours

Autre :

## 6/ Volet aménagements de scolarité

### Aménagements antérieurs et identification des reports possibles

Aménagements antérieurs obtenus :

* Au sein de l’Ensai :
* Avec un autre établissement (établissements d’enseignement secondaire ou supérieur précédents, double diplôme, séjour Erasmus…)

### *Joindre, le cas échéant, tout document attestant des aménagements antérieurs obtenus*

### Aménagements demandés :

*Sous réserve de l’avis du service de santé élève (SSE) ou médecin agréé CDAPH ou médecin ARS*

Aménagements de formation :

* **Aménagements humains :**

Pas de besoin spécifique

Aide à la prise de note  Interprétariat LSF  Tutorat  Porteur d’affaires

Aide pour les TP

Autre(s) aménagement(s) souhaité(s) :

* **Aménagements organisationnels :**

Pas de besoin spécifique

Dispense d’assiduité

Etalement de scolarité

Suspension de scolarité

Organisation spécifique pour les travaux de groupe (exemple : travail en petit groupe)

Supports de cours adaptés

* Si oui, veuillez préciser l’adaptation nécessaire :

Autorisation de manger en cours

Utilisation des ascenseurs

Mise à disposition d’une salle de repos

Autre(s) aménagement(s) souhaité(s) :

* **Aménagements techniques :**

Pas de besoin spécifique

Synthèse vocale  Boucle magnétique  Interface de communication

Licence de sous-titrage (par exemple : AVA)

Siège adapté  Ordinateur adapté

Accès adapté aux ressources pédagogiques

Dictaphone

Autre(s) aménagement(s) souhaité(s) :

**Aménagements pour les examens :**

Aménagements humains :

Pas de besoin spécifique

Scripteur

Lecteur du sujet

Autre(s) aménagement(s) souhaité(s) :

Aménagements organisationnels :

Pas de besoin spécifique

Tiers-temps

Salle à part

Etalement des examens

Modification des modalités de l’examen

Autre(s) aménagement(s) souhaité(s) :

Aménagements techniques :

Pas de besoin spécifique

Fauteuil/siège adapté

Ordinateur

Autre(s) aménagement(s) souhaité(s) :

Besoin de financements spécifiques :

Oui  Non

* Si oui, avez-vous besoin d’un accompagnement pour solliciter tout ou partie des aménagements et/ou financements nécessaires ?

Oui  Non

## 7/ Projet professionnel de l’élève

Projet personnel professionnel à l’issue de votre scolarité à l’Ensai :

|  |
| --- |
|  |

Métier(s) futur(s) envisagé(s) :

**Stage, insertion professionnelle**

Expériences professionnelles passées ?  Oui  Non

Si oui :

* Difficultés éventuelles rencontrées :
* Aménagements mis en place ?  Oui  Non
* Handicap communiqué au sein de la structure d’accueil ?  Oui  Non
* Autres remarques utiles :

Souhaitez-vous bénéficier d’un accompagnement individualisé pour préparer votre recherche de stage et/ou d’emploi ?  Oui  Non

Souhaitez-vous que les référents handicap de l’Ensai prennent contact avec le référent handicap de mon entreprise d'accueil et/ou mon maître de stage afin de préparer mon immersion professionnelle ?

Oui  Non

* Si oui, précisez les coordonnées de(s) personne(s) à contacter (nom, fonction, n° et mail) :

## 8/ Volet consentement explicite :

*Autorisation préalable pour :*

* *la levée du secret médical dans le cadre de la médecine préventive, curative ou en situation d'urgence ;*
* *et la transmission par voie numérique d’informations concernant l’élève.*

### Mention des acteurs à qui seront destinées les informations d’aménagements

* Référents handicaps de l’établissement,
* La Direction de l’établissement,
* La Direction des études et l’équipe pédagogique encadrante si un aménagement de formation est nécessaire sur le plan pédagogique, en cas d’absentéisme et/ou d’urgence médicale,
* Le responsable pédagogique de l’établissement partenaire en cas de double diplôme ou d’échange universitaire,
* Le responsable des relations entreprises dans le cadre de la mise en relation du suivi de formation en entreprise, si nécessaire,
* Le référent sécurité en ce qui concerne la procédure d’évacuation d’urgence adaptée à votre état de santé et/ou d’urgence médicale,
* Les personnes en charge des premiers secours dans le cadre d’urgence médicale, prise de médicaments ou autre,
* Tout service d'urgence désigné par vos soins (tels que Pompiers, Samu, etc.),
* Tout professionnel de santé désigné par vos soins,
* Les présidents des associations d’élèves dans le cadre d’événements associatifs nécessitant des besoins spécifiques,
* Les autres élèves de votre promotion, si nécessaire

### Consentement de l’élève (ou de son représentant légal pour les mineurs)

« J'autorise le référent handicap de l’établissement à échanger par voie numérique avec les destinataires mentionnés ci-dessus sur les questions médicales me/le concernant dans le cadre de la médecine préventive, curative ou situation d'urgence.

Je m’engage à communiquer tout aménagement de scolarité autre que pédagogique ainsi que toute information et consigne d’urgence d’ordre médical aux services de l’école et personnes concerné(e)s.

Je reconnais avoir été informé(e) du caractère confidentiel des données relatives à mon/son état de santé.

Je certifie que les mentions figurant dans le présent dossier sont sincères et complètes et j'affirme n'avoir rien dissimulé qui pourrait induire en erreur le référent handicap et la Direction de l’établissement dans les finalités indiquées ci-dessus.

Je m'engage à signaler toute évolution de l'état de santé nécessitant une prise en charge spécifique pendant toute ma/sa formation.

Je certifie avoir été informé(e) de la procédure pour bénéficier des aménagements d’examens pour l’inscription aux examens terminaux. »

Lieu : .............................................................. Date : .................................................................

Mention « lu et approuvé » et signature de l’élève

Mention « lu et approuvé » et signature du représentant légal (si l’élève est mineur)