

**Demande d’aménagements des épreuves d’admission au sein de l’Ensai**

## 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 du candidat 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 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.),*

*Les données sont conservées pendant la durée de la campagne d’admission de l’année scolaire en cours.*

*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*

*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.

## 1/ Identification du candidat

Nom :

Prénom :

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 vos épreuves d’admission :

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 le candidat : [ ]  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/ Compétences linguistiques

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 :

## 5/ Aménagement des épreuves d’admission

### Aménagements antérieurs et identification des reports possibles

Aménagements d’examen antérieurs obtenus :

* Dans votre établissement actuel
* Avec un autre établissement d’enseignement secondaire (épreuves du baccalauréat) ou supérieur

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

### Aménagements demandés :

*Sous réserve de l’avis du service de santé des étudiants (SSE) ou du médecin de prévention (candidats ayant le statut de fonctionnaire)*

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) :

## 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 le candidat.*

### 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 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,

### Consentement du candidat (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’Ensai 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 mon/son parcours d’admission au sein de l’Ensai.

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 du candidat

Mention « lu et approuvé » et signature du représentant légal (si le candidat est mineur)