

Formulaire unique de demande d'aménagement des études, examens et concours et autorisation concernant le partage des données par l'étudiant en situation de handicap

Vu le code de l'éducation et notamment ses articles L112-4, L123-4-2, D613-26 à D613-30

Vu le décret n°2014-1274 du 23 octobre 2014 relatif aux exceptions à l'application du principe « le silence vaut acceptation »
L'étudiant souhaitant bénéficier de l'aménagement de ses études, des examens et concours complètera ce formulaire unique (disponible à la cellule d'accueil et d'accompagnement des étudiants en situation de handicap et aux secrétariats du Service de santé étudiant des trois sites). Il le remettra au médecin du Service de santé étudiant (désigné par la CDAPH) lors de sa première visite **avec ses documents médicaux et éventuels aménagements antérieurs.**

Ce médecin rendra un avis de préconisations d'aménagement des études et des conditions d'examen, après rencontre de l'étudiant, étude du dossier, rapprochement avec l'équipe plurielle (Cellule d'accueil et d'accompagnement des étudiants en situation de handicap, équipe pédagogique...) et prise d'avis spécialisés si nécessaire. Dans tous les cas, la décision finale appartient au président destinataire d'un exemplaire, qui notifiera sa décision au candidat après examen du dossier.

Année universitaire 20__-20__

Etudiant	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe *: Masculin - Féminin
N° étudiant :	Filière :
Année d'études :	Formation initiale - alternance - continue *
Adresse et téléphone :	

**Barrer la mention inutile*

Dossier MDPH (Maison départementale des personnes handicapées)		
<input type="checkbox"/> Oui – Préciser le département :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En cours
Aménagements antérieurs :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Demande de l'étudiant pour l'aménagement des études et des examens
Quels sont vos besoins pour vos études ? - - -
Quels sont vos besoins pour vos examens ? - - -

Demande faite à.....le,
Contresignature des parents si l'étudiant est mineur

Signature de l'étudiant

Suite donnée à la demande (à remplir par le médecin)	
Certificat médical :	<input type="checkbox"/> fait conforme à la demande <input type="checkbox"/> fait, non conforme à la demande <input type="checkbox"/> non fait <input type="checkbox"/> en attente de documents <input type="checkbox"/> en attente d'un avis concerté <input type="checkbox"/> pas d'aménagement

A remplir par l'étudiant après avoir pris connaissance de l'avis du médecin
A..... Le..... Signature précédée de « Vu et pris connaissance »

Délais et voies de recours

Vous pouvez contester la présente décision dans un délai de deux mois à compter de sa notification en déposant :

- soit un recours gracieux auprès du Président de l'Université Savoie Mont Blanc,
- soit un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Grenoble conformément aux dispositions des articles R.421-1 à R.421-5 du code de justice administrative. La requête peut être déposée ou adressée au greffe de la juridiction par courrier ou par la voie de l'application « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr.

Dans le cas d'une décision expresse ou implicite de rejet résultant de votre recours gracieux, vous disposez de deux mois pour déposer un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Grenoble conformément aux dispositions des articles R.421-1 à R.421-5 du code de justice administrative.

Autorisation de l'étudiant concernant le partage des données au sein de l'équipe plurielle :

J'accepte de confier mes coordonnées aux membres de l'équipe plurielle : personnels du SUMPPS, référent de la cellule d'accueil et d'accompagnement des étudiants en situation de handicap, responsable pédagogique de ma formation, membres de l'équipe pédagogique, responsable du service de scolarité pédagogique et autres membres spécifiquement désignés le cas échéant.

J'accepte de confier aux membres de l'équipe plurielle des informations, nécessaires et pertinentes pour ma prise en charge. Les données traitées permettront à mon établissement d'inscription de gérer l'ensemble des modalités nécessaires à l'organisation, la gestion, la mise en place et le suivi d'adaptations pédagogiques octroyées après avis médical et validation par l'autorité administrative.

Pendant toute la durée de leur traitement, ces données personnelles font l'objet d'une protection particulière, les médecins restant garant du secret médical. Outre les mesures de sécurité mises en œuvre, mon établissement d'inscription s'assure en permanence que seules les personnes que j'ai expressément habilitées puissent avoir accès à ces informations. Les données recueillies ne sont jamais détournées ni utilisées à d'autres finalités.

Signature précédée de « vu et pris connaissance » :

[En cas d'existence d'un responsable légal, co-signature obligatoire :]

Je soussigné-e en tant que responsable légal de
....., l'autorise à donner son consentement et à transmettre les
informations selon les modalités prévues ci-dessus.

Signature précédée de « vu et pris connaissance » :

Ces informations font l'objet d'un traitement de données destiné à la gestion de vos aménagements d'études ou d'examen par l'Université Savoie Mont blanc qui est responsable de traitement dans le cadre de l'exercice de sa mission d'intérêt public. Ces informations seront conservées pendant la durée de votre formation dans notre établissement. Elles pourront être transmises en interne à l'ensemble des personnes intégrant l'équipe plurielle susceptibles d'intervenir dans la gestion de vos aménagements ci-dessus désignées. Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union Européenne.

Conformément à la réglementation en vigueur vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données, ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement et un droit à la portabilité le cas échéant, que vous pouvez exercer à l'adresse suivante cil@grenet.fr ou auprès du SUMPPS à medecine.preventive@univ-smb.fr. Vous disposez également d'un droit de saisir à tout moment l'autorité compétente en matière de données à caractère personnel à savoir en France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.