

PRÉCONISATION D'AMENAGEMENT POUR ETUDIANT EN SITUATION DE HANDICAP

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Programme :

UB :

Période de validité des aménagements (semestre/année académique/jusqu'à obtention du diplôme visé) :

Les aménagements préconisés sont (barrer la/les mention(s) inutiles) :

- Possibilité de s'isoler et de sortir de la salle pendant ses cours
- Disposer d'une salle de soin et de repos.
- Dispense d'assiduité
- Besoin d'un preneur de notes
- Mise à disposition de matériel ergonomique
- Autorisation de suivre les cours en distanciel
- Autres :

Date :

Signature du Professionnel de Santé :

Décision définitive du Directeur de l'école de MBS

Mise en place conforme aux aménagements demandés : ● oui / ● non

VALIDATION DE LA DIRECTION GENERALE

Date

Signature de Bruno Ducasse