

Plan d'accompagnement de l'élève ou étudiant(e) en situation de handicap

N° de fiche	Titre	Renseignée par
1	Données administratives	Elève/étudiant(e)- Relais handicap
2	Demande de l'élève ou étudiant et proposition d'aménagement d'études	Elèves/étudiant(e) Médecin de prévention Relais handicap
3	Examens, contrôles continus et concours	
	3-1 Demande de l'élèves ou étudiant	Elève/étudiant(e)- Relais handicap
	3-2 Proposition d'aménagement	Médecin de prévention Directeur de département/Laboratoire Chargée de mission handicap Enseignant relais dans la filière.
4	Aménagement de l'accueil en entreprise, laboratoire et administration	Elève/étudiant(e) –Relais handicap Médecin de prévention
5	Liaison ENS Cachan - MDPH	Relais handicap
6	Espace libre pour questions et commentaires	Elève/étudiant(e) et/ou Relais handicap

Contacts :

Rachel Méallet-Renault (chargée mission handicap), Caroline Lacharnay (correspondante handicap) ou le service médical, chargés de l'accueil et de l'accompagnement des élèves et étudiants en situation de handicap:

rachel.meallet@ens-cachan.fr

01.47.40.76.61

caroline.lacharnay@ens-cachan.fr

01.47.40.20.04

cellule-handicap@ens-cachan.fr

FICHE 1 : DONNÉES ADMINISTRATIVES

Année Universitaire...../.....

ELEVE / ETUDIANT(E)

Nom :..... Prénom :.....

Date de naissance :..... N° étudiant :.....

Adresse durant l'année universitaire :.....

Adresse électronique :.....

Téléphone :..... (cochez si SMS seulement)

Diplôme préparé :.....

Formation suivie (année en cours) :.....

Formation en alternance : OUI / NON

Avez-vous, au cours des années précédentes, bénéficié d'un plan d'accompagnement ? OUI/ NON

Si oui précisez :

A renseigner avec la Cellule Handicap :

-Réfèrent Handicap dans le laboratoire ou département :.....

Tel :..... @ :.....

-Autres personnes ressources :.....

Tel :..... @ :.....

Handicap : temporaire permanent

Dossier MDPH : oui non en cours

Si oui n° de dossier : date de dépôt : département :

Correspondant MDPH

Nom :.....

Tel :.....

@ :.....

FICHE 2 : DEMANDE DE L'ÉLÈVE OU ÉTUDIANT(e) ET PROPOSITION D'AMÉNAGEMENT DES ÉTUDES

Année Universitaire...../.....

Nom : Prénom.....

Pour sa demande, l'élève/étudiant peut, s'il le souhaite, être conseillé par le relais handicap de L'ENS Cachan

	Demande de l'élève/étudiant(e)	Proposition du médecin
Accès aux locaux, installation matérielle, aide aux déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser :		
Aides techniques :		
-prêt de matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-gratuité des photocopies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser :		
Adaptation des supports :		
-transcription en braille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-agrandissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- numérisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser :		
Aides humaines :		
-interprète LSF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-codeur LPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-preneur de notes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-soutien pédagogique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser :		
Aménagement du cursus :		
Allongement, dérogation, dispense d'assiduité...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser :		
Autres aides :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser :		

FICHE 3 : EXAMENS, CONTROLES CONTINUS ET CONCOURS

3-1 DEMANDE DE L'ÉLÈVE / ÉTUDIANT(e)

Année Universitaire...../.....

Nom : Prénom.....

Pour sa demande, l'élève/étudiant peut, s'il le souhaite, être conseillé par le relais handicap de L'ENS Cachan

	Cocher si oui	Précisez vos difficultés
Temps majoré	<input type="checkbox"/>	
Pauses	<input type="checkbox"/>	
Accès aux locaux	<input type="checkbox"/>	
Installation matérielle dans la salle	<input type="checkbox"/>	
Aides techniques	<input type="checkbox"/>	
Adaptation sujets	<input type="checkbox"/>	
Aides humaines	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	

FICHE 3 : EXAMENS, CONTROLES CONTINUS ET CONCOURS

3-2 PROPOSITION D'AMENAGEMENT

Année Universitaire /

Nom : Prénom.....

	Avis médical du médecin	Proposition du chargé de mission handicap après consultation du Directeur de département /laboratoire		
Validité des aménagements Année universitaire en cours : Du..... au.....				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Semestre impair : <input type="checkbox"/> Contrôles continus <input type="checkbox"/> Contrôle terminal <input type="checkbox"/> Session1 <input type="checkbox"/> Session2 (ou de rattrapage)</td> <td style="width: 50%; border: none;">Semestre pair : <input type="checkbox"/> Contrôles continus <input type="checkbox"/> Contrôle terminal <input type="checkbox"/> Session1 <input type="checkbox"/> Session2 (ou de rattrapage)</td> </tr> </table>	Semestre impair : <input type="checkbox"/> Contrôles continus <input type="checkbox"/> Contrôle terminal <input type="checkbox"/> Session1 <input type="checkbox"/> Session2 (ou de rattrapage)	Semestre pair : <input type="checkbox"/> Contrôles continus <input type="checkbox"/> Contrôle terminal <input type="checkbox"/> Session1 <input type="checkbox"/> Session2 (ou de rattrapage)		
Semestre impair : <input type="checkbox"/> Contrôles continus <input type="checkbox"/> Contrôle terminal <input type="checkbox"/> Session1 <input type="checkbox"/> Session2 (ou de rattrapage)	Semestre pair : <input type="checkbox"/> Contrôles continus <input type="checkbox"/> Contrôle terminal <input type="checkbox"/> Session1 <input type="checkbox"/> Session2 (ou de rattrapage)			
POUR LES EPREUVES : <input type="checkbox"/> de type écrit <input type="checkbox"/> de type oral <input type="checkbox"/> de type pratique <input type="checkbox"/> pour la préparation de l'oral				
Temps majoré : <input type="checkbox"/> 1/3 temps <input type="checkbox"/> autre (préciser) :				
Accès aux locaux				
Installation matériel dans la salle				
Aides techniques				
Adaptation de sujet				
Aides humaines				
Autres				
	Date : Nom du médecin : signature et cachet:	date : nom du chargé de mission handicap : signature et cachet :		

Avis transmis le à Mr le président de l'ENS Cachan pour décision.

**FICHE 4 : DEMANDE DE L'ÉLÈVE OU ÉTUDIANT(e) ET PROPOSITION
D'AMÉNAGEMENT DE L'ACCUEIL EN ENTREPRISE, LABORATOIRE ET ADMINISTRATION**

Année Universitaire...../.....

Nom :..... Prénom.....

Pour sa demande, l'élève/étudiant peut, s'il le souhaite, être conseillé par le relais handicap de L'ENS Cachan

	Demande de l'élève/ étudiant(e)	Proposition du médecin
Accès aux locaux, installation matérielle, aide aux déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser :		
Aides techniques : -prêt de matériel -gratuité des photocopies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Préciser :		
Adaptation des supports : -transcription en braille -agrandissements - numérisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Préciser :		
Aides humaines : -interprète LSF -codeur LPC -preneur de notes -soutien pédagogique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Préciser :		
Aménagement du cursus : Allongement, dérogation, dispense d'assiduité...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser :		
Autres aides :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser :		

**FICHE 5 : LIAISON ENS CACHAN –
Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**

Année Universitaire/

Nom : Prénom.....

La première partie, concernant la vie quotidienne, sociale, est à remplir par l'élève/étudiant avec le relais handicap

Vie quotidienne, sociale, culturelle, associative, sportive, stages.....
il est conseillé à l'étudiant de faire auprès de la MDPH une demande de :

- recours à un mode de transport spécifique
- reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- prestation de compensation du handicap (aides humaines pour les actes essentiels de la vie quotidienne)
- prestation de compensation du handicap (aides techniques- matériels)
- prestation de compensation du handicap (aménagement du logement)
- prestation de compensation du handicap (charges spécifiques et exceptionnelles)
- autres (précisez)

l'ouverture de ces droits relève de la compétence de la Commission es droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)- sous réserve d'en remplir les conditions d'accès

Observations complémentaires éventuelles :
.....
.....

Décisions de la CDAPH- à remplir par la MDPH

	accord	refus	Pas de demande reçue
Recours à un mode de transport spécifique			
RQTH			
PCH- aides humaines pour les actes essentiels de la vie quotidienne			
PCH- aides techniques-matériels			
PCH – aménagement du logement			
PCH – Charges spécifiques et exceptionnelles			

Observations complémentaires éventuelles :
.....

Un avenant sera envisagé en cas de changement notable dans le courant de l'année universitaire

A remplir par l'élève/étudiant :

- J'assure moi-même la transmission du PAEH entre l'établissement, la MDPH, et le cas échéant l'établissement ou le service médico-social
- J'autorise la transmission directe du PAEH entre l'établissement, la MDPH, et le cas échéant l'établissement ou service médico-social

SIGNATURES	
Elève/Étudiant :	Représentant légal de l'élève/étudiant (si moins de 18 ans) :
Représentant de la MDPH :	Représentant de l'établissement de l'ENS :

FICHE 6 : ESPACE LIBRE POUR QUESTIONS ET COMMENTAIRES

Année Universitaire...../.....

Nom :..... Prénom.....

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for writing questions and comments.