



# Demande d'aménagement Formulaire de renouvellement



Formulaire à renvoyer à [inclusif@ecam.be](mailto:inclusif@ecam.be) au plus tard pour le 15 octobre pour le 1<sup>er</sup> quadrimestre ou le 1<sup>er</sup> mars pour le 2<sup>ème</sup> quadrimestre.

Prénom .....

Nom .....

Matricule .....

Adresse e-mail .....

Date de naissance .....

Bloc(s) dans le(s)quel(s) vous êtes inscrit(e) à au moins 1 UE :

- Bloc 1
- Bloc 2
- Bloc 3
- Orientation : .....
- Bloc 4
- Orientation : .....
- Bloc 5
- Orientation : .....

Modifications des  
aménagement(s) demandés : .....

- En tant que personne en situation de handicap, je consens explicitement et en parfaite connaissance de cause à ce que mes données, notamment révélant ma santé, soient traitées par mon établissement dans le cadre de ma demande de reconnaissance de handicap.  
Le traitement de ces informations se fera dans le strict respect du secret professionnel (Art.458 du Code Pénal relatif au secret professionnel)

Date de dépôt de la demande de reconnaissance :

Signature de l'étudiant.e :