**Réservé au service** Date d’arrivée du dossier complet : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

 Date de RDV au SSU : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

**UNIVERSITE ORLEANS**

**Demande d’aménagements des examens et/ou des études**

**Merci de compléter** ce document et le présenter (ou l’envoyer par mail sante@univ-orleans.fr )

au Service de Santé Universitaire (SSU), **accompagné de votre dossier médical**.

**Le Service de Santé (SSU) vous proposera un rendez-vous.**

|  |
| --- |
| **NOM**: ……………………………………… **Prénom** : …………………………………………N° étudiant : ………………………………… Date de Naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Adresse pour l’année universitaire : …………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………Code postal : ……..……………….. Ville : …………….………………………………………………Tél portable : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ [ ]  cocher si SMS uniquementMail : ………………..…………………………………………………………………..…………………Nom et adresse de l’établissement d’études fréquenté l’année précédente : …………………………………………………………………………………………………………………………………..**UFR** : [ ] LLSH [ ] DEG [ ] Sciences [ ] IUT [ ] Peip(Polytech) [ ] EUKCVL [ ] INSPE [ ]  Autre : ……………………………………………………..................................................Intitulé de la formation : …………………………………………………………………………………..Niveau d’études : Licence [ ]  BUT [ ]  Master [ ]  Doctorat [ ]  DAEU [ ]   Autre [ ]  ………………. |

 - Avez-vous déjà pris **contact avec la Passerelle Handicap** de l’université d’Orléans :

 [ ]  Oui [ ]  Non

 **-** Avez-vous **un dossier auprès de la MDPH** (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées) :

 [ ]  Oui [ ]  Non Si Oui, dans quel département : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Avez-vous **un stage** à effectuer au cours de votre formation ? : [ ]  oui [ ]  non

 - Avez-vous déjà bénéficié d’un aménagement d’études et/ou d’examens auparavant :

 [ ]  oui [ ]  non

Si oui, pour quelle(s) situation(s) de Handicap ? ……………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………..

Merci d’indiquer votre niveau de satisfaction de cet aménagement :

 [ ]  très adapté [ ]  adapté [ ]  peu ou pas adapté

Pouvez-vous nous renseigner les coordonnées des professionnels de santé qui vous suivent :

- **Médecin généraliste et / ou médecin traitant** :

 Nom & Prénom : ……………………………………………………………………………………………..

 Ville : …………………………………………

- **Médecins spécialistes** :

 Nom & Prénom : ………………………………………… Spécialité : …………………………………… Ville : …………………………………………………

 Nom & Prénom : ………………………………………… Spécialité : ……………………………………

 Ville : …………………………………………………

 Nom & Prénom : ………………………………………… Spécialité : ……………………………………

 Ville : ………………………………………………….

- **Autre(s) soignant(s)**, Spécialité : …………………………….............................................................

 Nom & Prénom : ……………………………………………………………………………………………...

 Ville : …………………………………………………

J’autorise le Médecin de l’Université à prendre contact avec mes soignants [ ]  oui [ ]  non

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………………… certifie avoir demandé un aménagement de mes études et/ou examens pour **des raisons médicales**.

**Je m’engage à** **apporter au service de santé les éléments nécessaires à l’élaboration du dossier** (courriers, comptes rendus, résultats d’examen(s), dispense, bilan, aménagements antérieurs, …) **dans les plus brefs délais**. Un simple certificat médical indiquant le besoin d’un aménagement **ne peut suffire**.

Fait à : Signature de l’étudiant(e)

Le : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_