

Réservé au service

Date d'arrivée :

Date de RDV :

Renouvellement d'aménagements pour les antennes

A lire attentivement

1 - Ce document est à envoyer au Service de santé universitaire, accompagné des nouveaux documents ou ordonnances pour compléter votre dossier si il y a des éléments nouveaux.

Au vu de votre situation particulière et des éléments contenus dans votre dossier médical, le médecin **préconisera** dans un **avis**, les aménagements qui vous seront nécessaires. Un exemplaire de cet avis vous sera envoyé.

2 – Nous vous rappelons que pour qu'une suite soit donnée à votre demande, vous **devez contacter** la Passerelle Handicap à qui un exemplaire de l'avis sera envoyé après votre entretien avec le Médecin.

NOM : **Prénom** :

N° étudiant : Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _

Site universitaire de : Chartres Châteauroux Issoudun Autre :

UFR LLSH DEG Sciences IUT Polytech ESPE Autre :

Précisez l'**année de diplôme** et l'**intitulé de la formation** Exemple : L1 Histoire, DUT2 GC, ...

Adresse pour l'année universitaire :

Code postal : Ville :

Tél portable : _ _ _ _ _  cocher si SMS uniquement

Mail :

Projet professionnel :

Niveau de satisfaction par rapport aux aménagements de l'année dernière:

très satisfait satisfait peu ou pas satisfait → Précisez pourquoi :

Je demande pour cette année : Le renouvellement à l'identique

Je souhaite une modification de mes aménagements,

Modifications souhaitées :

Y-a-t-il un changement dans les soignants qui vous suivent ? oui non

Si oui :

- **Votre médecin généraliste** : Nom & Prénom :

Ville : N° de Téléphone _ _ _ _ _

- **Vos médecins spécialistes** :

Nom & Prénom : Spécialité :

Ville : N° de Téléphone _ _ _ _ _

Nom & Prénom : Spécialité :

Ville : N° de Téléphone _ _ _ _ _

Nom & Prénom : Spécialité :

Ville : N° de Téléphone _ _ _ _ _

- **Un autre soignant**, Spécialité : Nom & Prénom :

..... Ville : N° de Téléphone _ _ _ _ _

Avez-vous un dossier auprès de la MDPH : non oui, dans quel département : _____

Et de quelle(s) mesure(s) bénéficiez-vous :

- accompagnement par un auxiliaire de vie (PCH) oui non

- recours à un mode de transport spécifique oui non

- reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) oui non

- autre mesure (carte d'invalidité, AAH...), précisez :

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

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

J'ai compris que pour que ma demande puisse être étudiée et obtenir un entretien avec le médecin et/ou l'infirmière du Service de santé universitaire, **je dois impérativement envoyer au service médical les éléments nécessaires à l'élaboration du dossier** (courriers, comptes rendus, résultats d'examen(s), dispense, bilan, aménagements mis en place précédemment,...) et qu'un simple certificat médical indiquant que j'ai besoin d'un aménagement **ne peut suffire**. **Je m'engage** donc à transmettre ces documents dans les plus brefs délais.

J'autorise le Médecin du Ssu à prendre contact avec mes soignants oui non

Le _ _ / _ _ / _ _ Signature de l'étudiant(e) & Signature du responsable légal (pour les mineurs)