

Réservé au service

Date d'arrivée :

Date de RDV :

S C

Renouvellement d'aménagements - Orléans

A lire attentivement

1 - Ce document est à présenter au Service de santé universitaire, accompagné des nouveaux documents ou ordonnances pour compléter votre dossier.

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 remis lors de votre RDV avec le Médecin.

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

NOM : **Prénom** :

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

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 (délai plus court)

Je souhaite une modification de mes aménagements (délai plus long les nouveaux étudiants seront vus en priorité).

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 rendez-vous avec le médecin de l'Université, **je dois impérativement apporter 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 de l'Université à prendre contact avec mes soignants oui non

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