

Première demande d'aménagements des examens et/ou des études BOURGES

A lire attentivement :

1/ Ce document doit être réadressé au Service de Santé Universitaire **accompagné des éléments médicaux qui justifient votre problématique de santé**

- Par voie postale : Service de Santé Universitaire IUT de Bourges 63 avenue De Lattre de Tassigny 18020 BOURGES Cedex
- Par mail : sante-bourges@univ-orleans.fr
- A l'accueil du service

Au vu de votre situation particulière et des éléments de votre dossier médical, le médecin universitaire **préconisera** un avis d'aménagement. S'il y a lieu, un exemplaire de ce certificat vous sera remis à l'issue du **rendez-vous avec le médecin**.

2/ Si un avis médical d'aménagement est proposé par le médecin, **vous devrez OBLIGATOIREMENT prendre contact avec la Passerelle Handicap** (Maison de l'Etudiant – rue de Tours 45067 ORLEANS cedex 2 Tel : 02.38.41.71.76) afin d'activer la mise en place des aménagements proposés.

NOM : _____ Prénom : _____

N° étudiant : _____ Date de naissance : _____

Adresse pour l'année universitaire : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Numéro de téléphone portable : _____ ☐ Cocher si SMS Uniquement

Mail : _____ ☐ Cocher si mail uniquement

Pour les étudiants mineurs : coordonnées du représentant légal qui **devra être présent lors du rendez-vous avec le médecin universitaire**

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse pour l'année universitaire : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Numéro de téléphone portable : _____

Mail : _____

Niveau et intitulé de la formation (ex : L1 Histoire, L2 STAPS,...) : _____

Etablissement fréquenté l'an dernier : _____

Aménagements mis en place les années précédentes :

☐ OUI

☐ NON

Etes-vous boursier : ☐ OUI ☐ NON
Etes-vous en alternance : ☐ OUI ☐ NON
Avez-vous un stage à effectuer au cours de votre formation : ☐ OUI ☐ NON
Avez-vous pris contact avec la Passerelle Handicap : ☐ OUI ☐ NON

Suivi médical :

Médecin traitant : Nom et Prénom : _____

Ville : _____ Numéro de téléphone : _____

Médecins spécialistes ou autres professionnels de santé :

Nom et Prénom : _____ spécialité : _____

Ville : _____ Numéro de téléphone : _____

Nom et Prénom : _____ spécialité : _____

Ville : _____ Numéro de téléphone : _____

Nom et Prénom : _____ spécialité : _____

Ville : _____ Numéro de téléphone : _____

Avez-vous un dossier auprès de la MDPH : ☐ OUI, département : _____ ☐ NON

Si oui, de quelle(s) mesure(s) bénéficiez-vous auparavant :

Accompagnement par un auxiliaire de vie ☐ OUI ☐ NON

Accompagnement par un AESH ☐ OUI ☐ NON

Recours à un mode de transport spécifique ☐ OUI ☐ NON

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ☐ OUI ☐ NON

Autres mesures (carte d'invalidité, AAH, ...) : _____

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 soit étudiée et pour obtenir un rendez-vous avec le médecin universitaire **je dois impérativement fournir au Service de Santé Universitaire les éléments médicaux nécessaire à l'élaboration de mon dossier** (comptes-rendus, bilans spécialisés, aménagements mis en place précédemment, dispense de sport, ...) et qu'un simple courrier médical indiquant que j'ai besoin d'aménagements 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

Fait à : _____ le : _____

Signature de l'étudiant(e)

Signature du représentant légal si étudiant(e) mineur(e)

Le Service de Santé Universitaire est soumis au secret médical et ne communiquera aucune information de santé à quelques autres personnels et étudiants de l'Université.