

Demande d'aménagements des examens et/ou des études
Année universitaire 20__ - 20__
Site universitaire de Bourges

Première demande Renouvellement

A lire attentivement

1 - Ce document, accompagné de votre dossier médical, est à présenter au Service de santé universitaire (Ssu).

2 - Vous **devrez contacter** « Passerelle Handicap » après votre RDV avec le médecin.

NOM : **Prénom** :

N° étudiant : Date de Naissance : __/__/____

UFR, Collégium ou école

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 :

Avez-vous pris contact avec la Passerelle Handicap : oui non

Nom et adresse du lycée, école ou université fréquenté(e) l'année dernière et classe ou études suivies :

Projet professionnel :

Par qui êtes-vous suivi :

- **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**.

Je m'engage à 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,...) **dans les plus brefs délais**. Un simple certificat médical indiquant que j'ai besoin d'un aménagement **ne peut suffire**.

J'autorise le Médecin de l'Université à prendre contact avec mes soignants oui non

Fait à :

Signature de l'étudiant(e)

Le : _ _ / _ _ / _ _ _ _