

**DOCUMENT MÉDICAL À REMETTRE AU MÉDECIN DU SERVICE DE MÉDECINE  
PRÉVENTIVE SOUS PLI CONFIDENTIEL**



***Ce document est strictement confidentiel et doit être remis directement au médecin du service de médecine préventive sous pli confidentiel. Il ne doit, en aucun cas être transmis directement au service de la mission handicap ni à la pédagogie de votre composante. Il permettra au médecin du SUMPPS d'élaborer les préconisations médicales concernant la demande d'adaptations et aménagements des épreuves d'examens et/ou du cursus pour les étudiants en situation de handicap ou en incapacité temporaire***

*Pour toute demande d'aménagement, veuillez apporter lors de la consultation avec le médecin du SUMPPS:*

- *Tous les documents de santé relatifs à votre handicap et/ou pathologie invalidante : rapport du médecin traitant, spécialiste, MDPH, ...*
- *Formulaire médical ci-joint dûment complété*

*Remarques concernant les demandes d'aménagements:*

- *Merci d'anticiper et de prendre rendez-vous avec le médecin du SUMPPS dès le début du semestre, n'attendez pas la dernière minute*
- *Le médecin du SUMPPS émet un avis médical mais n'est pas décisionnaire de la mise en pratique des aménagements*

**FORMULAIRE MÉDICAL**

***à compléter et à signer par le médecin traitant et/ou médecin spécialiste concerné à destination du médecin du SUMPPS***

Concernant la demande d'adaptations et aménagements des épreuves d'examens et/ou du cursus  
pour les étudiants en situation de handicap ou en incapacité temporaire

**COORDONNÉES DE L'ÉTUDIANT :**

NOM – PRÉNOM:

Date de naissance :

Adresse:

Mail:

Téléphone:

Filière d'études:

Numéro étudiant :

**MOTIF DE LA DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'EXAMEN ET/OU DU CURSUS :**

- Déficience du langage oral ou écrit
- Déficience psychique ou cognitive
- Déficience visuelle
- Déficience auditive
- Déficience motrice
- Maladie chronique/invalidante

**DOCUMENT MÉDICAL À REMETTRE AU MÉDECIN DU SERVICE DE MÉDECINE  
PRÉVENTIVE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

Diagnostic :

Traitement/prise en charge en cours :

Limitations et retentissement constatés :

Evolution attendue :

Fait à        le        :  
:

Signature et cachet du médecin