

**DOCUMENT MÉDICAL À REMETTRE AU MÉDECIN DU SERVICE DE SANTE  
ETUDIANTE SOUS PLI CONFIDENTIEL**



**Ce document est strictement confidentiel et doit être remis directement au médecin du service santé étudiante (SSE) sous pli confidentiel. Il ne doit, en aucun cas être transmis au service de la mission handicap ni à la pédagogie de votre composante.**

**Il permettra au médecin du SSE 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 SSE :*

- *Tous les documents de santé relatifs à votre handicap et/ou pathologie invalidante : rapport du médecin traitant et/ou du spécialiste (daté de moins de 1 an - seul le bilan d'orthophonie pourra être daté de plus d'1 an mais devra être inférieur à 3 ans), documents de la MDPH, radiologies, biologies, etc ...*
- *Formulaire médical ci-joint dûment complété*

*Remarques concernant les demandes d'aménagements :*

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

- J'accepte**, que le SSE, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent ;  
 **Je n'accepte pas**, que le SSE, échange avec les professionnels qui m'accompagnent.

Signature d l'étudiant

**FORMULAIRE MÉDICAL**

*à compléter et à signer par le médecin traitant et/ou médecin spécialiste concerné*  
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 :

**DOCUMENT MÉDICAL À REMETTRE AU MÉDECIN DU SERVICE DE SANTE  
ETUDIANTE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**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. Précisez :

Diagnostic :

Traitements/prise en charge en cours :

Limitations et retentissement constatés :

Evolution attendue :

Fait à

le

Signature et cachet du médecin :