

Première demande

 Renouvellement

 Avenant N°

 SITE DE BREST

 QUIMPER

 MORLAIX

Autres établissement : _____

Nom :	Prénom :	N° étudiant :
Faculté :	Filière d'inscription :	Téléphone :

Type de handicap:

Moteur <input type="checkbox"/>	Auditif <input type="checkbox"/>	Visuel <input type="checkbox"/>
Maladie invalidante <input type="checkbox"/>	Cognitif <input type="checkbox"/>	TSA <input type="checkbox"/>
Troubles psychiques <input type="checkbox"/>	Troubles du langage <input type="checkbox"/>	
Temporaire <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> (préciser) :	

 Rendez-vous conseillé avec le Service Aide Spécifiques/DIVICC : Oui Non

	DEMANDE DE L'ETUDIANT	AVIS DU MEDECIN DU Service Santé Etudiante
VALIDITÉ DES AMÉNAGEMENTS	<input type="checkbox"/> Pour l'année universitaire <input type="checkbox"/> Pour toute la durée des études <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Pour l'année universitaire <input type="checkbox"/> Pour toute la durée des études <input type="checkbox"/> Autre :
MESURES D'ACCESSIBILITE AUX LOCAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSTALLATION DANS LA SALLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDES TECHNIQUES, MATERIEL INFORMATIQUE Préciser notamment le logiciel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADAPTATION DES SUPPORTS Préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDE HUMAINE (preneurs de notes, tutorat,...)	<input type="checkbox"/> Preneur de notes <input type="checkbox"/> Tutorat <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Preneur de notes <input type="checkbox"/> Tutorat <input type="checkbox"/> Autre :
ADAPTATION DU CURSUS	<input type="checkbox"/> régime long <input type="checkbox"/> absences justifiées <input type="checkbox"/> Dispense assiduité <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> régime long <input type="checkbox"/> absences justifiées <input type="checkbox"/> Dispense assiduité <input type="checkbox"/> Autre :
AUTRES (préciser)		
	Date : Signature de l'étudiant:	Date : Nom du médecin : Signature

Nom :	Prénom :	N° étudiant :
Faculté :	Filière d'inscription :	Téléphone :

	DEMANDE DE L'ETUDIANT	AVIS DU MEDECIN DU Service Santé Etudiante
VALIDITÉ DES AMÉNAGEMENTS	<input type="checkbox"/> Pour l'année universitaire <input type="checkbox"/> Pour toute la durée des études <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Pour l'année universitaire <input type="checkbox"/> Pour toute la durée des études <input type="checkbox"/> Autre :
TEMPS MAJORÉ	<input type="checkbox"/> 1/3 tiers <input type="checkbox"/> Autre quotité :	<input type="checkbox"/> 1/3 tiers <input type="checkbox"/> Autre quotité :
POUR LES ÉPREUVES :	<input type="checkbox"/> Epreuves rédactionnelles <input type="checkbox"/> QCM <input type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Pratique <input type="checkbox"/> Pour la préparation de l'oral	<input type="checkbox"/> Epreuves rédactionnelles <input type="checkbox"/> QCM <input type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Pratique <input type="checkbox"/> Pour la préparation de l'oral
AUTORISATION DE DEAMBULER	<input type="checkbox"/> avec report du temps <input type="checkbox"/> sans report du temps <input type="checkbox"/> avec sortie <input type="checkbox"/> sans sortie	<input type="checkbox"/> avec report du temps <input type="checkbox"/> sans report du temps <input type="checkbox"/> avec sortie <input type="checkbox"/> sans sortie
préciser :		
MESURES D'ACCESSIBILITE AUX LOCAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSTALLATION DANS LA SALLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDES TECHNIQUES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADAPTATION DES SUJETS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDE HUMAINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES (préciser)		
	Date : Signature de l'étudiant	Date : Nom du médecin : Signature