

Demande d'aménagement des études et des examens

Date limite d'envoi de ce formulaire à sse@univ-artois.fr :

31/10 (aménagements du **premier semestre**)

15/01 (aménagements du **second semestre**)

En raison de votre situation de handicap ou d'incapacité temporaire, vous souhaitez bénéficier d'aménagements pour vos examens et le suivi de vos études.

Cette demande concerne-t-elle ? : **UN RENOUVELLEMENT** **UNE PREMIERE DEMANDE**

Si vous avez coché « Renouvellement », merci de préciser votre situation :

Je reste dans le même cycle de formation, conduisant au même diplôme (ex. je passe de L1 en L2, en vue de la délivrance de la Licence) et **mon avis médical est toujours valable**.

⇒ Le SVE-Mission handicap étudie la demande de portabilité et m'informe de la décision.

Mon avis médical n'est plus valable : Je prends contact avec le SSE.

Je change de cycle ou de filière (ex. je passe de L3 en M1) : Je prends contact avec le SSE.

Je souhaite réviser mes aménagements : Je prends contact avec le SSE.

Si vous avez coché « Première demande » :

Nous vous invitons à prendre rendez-vous, **dès votre inscription à l'université**, avec le médecin universitaire sur DOCTOLIB : [Service Santé des Etudiants \(SSE\) - Université d'Artois](#).

Il est indispensable de **joindre sur DOCTOLIB, au moment de la prise du RDV, les pièces justificatives** permettant d'objectiver vos difficultés / vos troubles de santé :

- **Courriers médicaux** récents, concernant vos problèmes médicaux (diagnostic, évolution, traitement)
- **Bilans récents** (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, neuropsychologie, kinésithérapie etc.), en fonction de votre trouble. En cas de dyslexie, si vous disposez d'un bilan orthophonique réalisé avant l'âge de 16 ans, vous devez solliciter impérativement un nouveau bilan avant de consulter le médecin du SSE.
- Aménagements antérieurs si vous en avez (Geva-Sco, PPS, PAI, PAP, notification d'aménagements de la MDPH ou autre établissement d'enseignement supérieur...)

VOS COORDONNÉES :

NOM Prénom : Né(e) le :

Adresse : Tél. :

..... @ :

Formation suivie cette année :

Demande d'aménagement des études et des examens

Ces informations n'ont aucun caractère obligatoire (et l'étudiant peut ne pas souhaiter répondre)

Dossier MDPH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours				Département :			
			OUI	NON	Ne sais pas		
Accompagnement par un établissement ou un service médico-social			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accompagnement par un auxiliaire de vie (PCH ou ATP)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Recours à un mode de transport spécifique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Carte d'invalidité ou AAH ou AEH (si moins de 20 ans)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre mesure relevant d'une décision de la CDAPH			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ne relevant pas de la compétence de la CDAPH			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accompagnement par un établissement ou un service sanitaire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Précisez :							
Autre professionnel du soin de la rééducation			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Précisez :							
Autres renseignements communiqués par l'étudiant :							

Date :

____ / ____ / ____

Signature de l'étudiant :