

**DEMANDE D'AMENAGEMENTS POUR LES ETUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP**  
**LE DOSSIER EST À RETOURNER AVANT LE 1 SEPTEMBRE (AVANT LE DÉBUT DES COURS)**  
**AU BUREAU DE L'AIDE À L'AUTONOMIE PAR MAIL [handicap@unimes.fr](mailto:handicap@unimes.fr)**  
**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ.**

**PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER ENVOYÉ PAR MAIL :**

- La demande d'aménagements dûment renseignée ;
- Document d'aménagement du baccalauréat, BTS,.. ou de l'établissement d'enseignement supérieur d'origine.

**Suite à la réception de votre demande, le bureau d'aide à l'autonomie vous fixera un RDV.**

**JUSTIFICATIFS MÉDICAUX UTILES EN FONCTIONS DES SITUATIONS À FOURNIR SOUS PLI CONFIDENTIEL, LORS DE VOTRE RDV AU BUREAU D'AIDE À**

**L'AUTONOMIE :**

- Pour les étudiants présentant une **pathologie chronique invalidante** (hors troubles des apprentissages) un certificat médical détaillé pour la connaissance de l'état actuel de santé ;
- Pour les étudiants présentant des **troubles des apprentissages, de l'attention, de la coordination** : les bilans orthophoniques réalisés datés de moins de 4 ans par l'orthophoniste, bilan psychologique, psychomoteur, d'ergothérapie,... ;
- Des documents particuliers dont des copies de devoirs écrits permettant d'évaluer le niveau de difficulté du candidat, notamment en cas de troubles d'apprentissages.

**Le bureau d'aide à l'autonomie est joignable par mail [handicap@unimes.fr](mailto:handicap@unimes.fr) ou par téléphone 04 66 36 45 81 ou 04 66 36 45 01.**

**IDENTITE ET COORDONNEES**

N° ETUDIANT: _____		DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____	
Redoublant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Boursier	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
NOM DE FAMILLE :	_____	PRENOM :	_____
ADRESSE: n° _____	rue: _____	complément d'adresse:	_____
	Code postal: _____	Ville: _____	_____
	Téléphone _____	Mobile _____	Fixe _____
	@mail personnel: _____		
Inscrit à la MDPH	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Du _____ au _____	<input type="checkbox"/> AAH/AEEH <input type="checkbox"/> RQTH
Taux d'incapacité : _____			

**FORMATION SUIVIE POUR 20..../20 .....**

ANNEE DE LA FORMATION :	<input type="checkbox"/> L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> Doctorat
INTITULE DE LA FORMATION :	_____

Fait à ....., Le .....

Signature de l'étudiant :

**RDV au bureau d'aide à l'autonomie, le.....à .....**

**RDV avec le médecin universitaire, le.....//.....à .....**