

Plan d'accompagnement de l'étudiant en situation de handicap

NOM : Prénom :

Date de naissance : N°étudiant.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. :

Mail personnel :

Mail UPEC :

Formation suivie (année en cours) :

Lieu :

Référent handicap composante :

Responsable Scolarité :

Responsable formation :

HANDICAP Temporaire Permanent

Dossier MDPH : OUI NON en cours

Si OUI, date de dépôt : / / Département : N° de dossier :

Si OUI de quelles mesures bénéficiez-vous : OUI NON

Accompagnement par un Etablissement médico-social? OUI NON

Accompagnement par un auxiliaire de vie? OUI NON

Recours à un mode spécifique de transport? OUI NON

RQTH? OUI NON

Autres mesures (carte d'invalidité, AAH)?

Si NON, êtes-vous suivi par :

Un établissement ou service sanitaire? OUI NON

Un professionnel du soin ou de la rééducation? OUI NON

Type de Handicap

NOM :

Prénom :

Partie réservée aux médecins de prévention des étudiants de l'UPEC, désignés par la CDAPH comme médecins référents

PROPOSITION D'AMENAGEMENTS DES ETUDES ET DES EXAMENS

Date de la consultation :

NOM du médecin :

Propositions d'aménagements :

1

2.

3

4.

5.

6.

7.

Durée de l'aménagement :

Date de la commission :