

FICHE DE RECENSEMENT 2023-2024

Vos coordonnées

NOM : Prénom : Date de naissance : ____/____/____

Sexe : F M Téléphone : Email :

Adresse :

.....

Vos études

Intitulé de la formation suivie :

Niveau : Diplôme Universitaire / Diplôme inter-universitaire UFR de rattachement : UFR Médecine

Nom du Responsable de la formation et de la Secrétaire pédagogique :

Avez-vous un stage à effectuer au cours de votre formation ? OUI NON

Souhaitez-vous être accompagné par le Service Handicap dans vos démarches pour votre stage ? OUI NON

Si oui, pouvez-vous nous préciser la période du ou des stages :

Vivez-vous seul ? OUI NON Si oui, bénéficiez-vous d'un logement Crous ? OUI NON

Êtes-vous boursier ? OUI NON

MDPH

Nature du handicap (facultatif) :

Avez-vous recours à un mode de transport adapté ? OUI NON Si oui, lequel ?

Avez-vous un dossier à la MDPH ? OUI NON En cours Si oui, dans quel département :

Avez-vous une Reconnaissance en tant que Travailleur Handicapé (RQTH) ? OUI NON

Bénéficiez-vous d'une PCH (Prestation de Compensation du Handicap) ? OUI NON

Bénéficiez-vous d'une AAH : OUI NON Avez-vous une carte d'invalidité ? OUI NON

Bénéficiez-vous d'un accompagnement par :

- Un médecin agréé MDPH
- Un établissement agréé MDPH
- Un professionnel ou un établissement non agréé MDPH

Avez-vous des demandes spécifiques ?

Date et signature de l'étudiant :

