

FICHE DE RECENSEMENT 2026-2027

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 :

