

FICHE DE BESOIN
ANNEE UNIVERSITAIRE 2011/2012

ATTENTION

Il est impératif de renouveler le **certificat** de la **Médecine Préventive (S.I.U.M.P.S)** **chaque année** universitaire et de le joindre à votre demande **au moins deux mois avant le début des examens.**

1^{ère} demande **OU** Renouvellement

COORDONNEES

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Date de naissance : __/__/____ Courriel : _____
 Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____

SCOLARITE

Dans quel diplôme vous inscrivez-vous pour l'année universitaire 2011/2012 ?

Licence 1 2 3 Master 1 Master 2 Doctorat Autre, précisez :

Filière	Type de formation	Modalité de formation	Lieu
<input type="checkbox"/> Faculté de Droit et de Science Politique <input type="checkbox"/> Faculté d'Economie Appliquée <input type="checkbox"/> Faculté des Sciences et Techniques <input type="checkbox"/> IUT <input type="checkbox"/> IAE <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IMPGT	<input type="checkbox"/> Formation initiale <input type="checkbox"/> Formation continue	<input type="checkbox"/> En présentiel <input type="checkbox"/> A distance <input type="checkbox"/> En alternance	<input type="checkbox"/> Aix-en-Provence <input type="checkbox"/> Marseille <input type="checkbox"/> Arles <input type="checkbox"/> Salon de Provence

Dans quel établissement étiez-vous inscrit (e) en 2010/2011 ?

Université : _____ Autre, précisez : _____

Dernier diplôme obtenu : _____ Année : _____

TYPES DE HANDICAP

(conforme au code de l'action sociale et des familles)

- Troubles intellectuels et cognitifs (autisme...)
- Troubles psychiques
- Troubles de langage et de parole (dyslexie, dysphasie)
- Troubles viscéraux (cardiaques, respiratoires, liés à une pathologie cancéreuse)
- Troubles moteur dont dyspraxie
- Cécité
- Autres troubles des fonctions visuelles
- Surdité sévère et profonde
- Autres troubles des fonctions auditives
- Plusieurs troubles associés
- Handicap temporaire (inférieur à 1 an)
- Autres, précisez :

Avez-vous un dossier dans une MDPH ?			
Si oui, quelle MDPH ? _____			
Carte d'invalidité ou AAH ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en cours
Si oui, quel est votre degré d'invalidité ? _____ %			
Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en cours
Accompagnement par un auxiliaire de vie (PCH ou ATP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en cours
Recours à un mode de transport spécifique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en cours
Accompagnement par un établissement ou un service médico-social	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en cours
Etes-vous boursier(e) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en cours
Etes-vous logé(e) en cité U ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> en cours

DEMANDE D'AMENAGEMENTS		VIE QUOTIDIENNE
ETUDES	EXAMENS	
<input type="checkbox"/> Photocopies <input type="checkbox"/> Agrandissements <input type="checkbox"/> Lecture <input type="checkbox"/> Aides aux recherches BU <input type="checkbox"/> Prises de notes de cours <input type="checkbox"/> Soutien pédagogique <input type="checkbox"/> Codage LPC <input type="checkbox"/> Interprète LSF <input type="checkbox"/> Transcriptions braille <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Temps majoré <input type="checkbox"/> Salle particulière <input type="checkbox"/> Adaptation du sujet : <input type="checkbox"/> Agrandissement des sujets <input type="checkbox"/> Transcription braille des sujets <input type="checkbox"/> Sujets sur clef USB <input type="checkbox"/> Prêt ordinateur <input type="checkbox"/> Secrétariat d'examen <input type="checkbox"/> Codage LPC <input type="checkbox"/> Interprète LSF <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Demande d'accès au parking handicap Site : <input type="checkbox"/> Aide d'un intervenant extérieur <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

CONFIDENTIALITE
Vos coordonnées ne pourront être transmises qu'aux services de l'Université qui souhaitent vous informer sur leurs actions en faveur du handicap.

Signature de l'étudiant

Date

PARTIE RESERVEE A LA CELLULE HANDICAP	DATES DE RECEPTION
Fiche de besoin réceptionnée par :	
Certificat médical transmis par : <input type="checkbox"/> l'étudiant <input type="checkbox"/> la scolarité <input type="checkbox"/> le SIUMPPS	
Equipe plurielle à programmer :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

<p>FICHE ET CERTIFICAT MEDICAL A RETOURNER A Université Paul Cézanne Aix-Marseille III / Bureau de la Vie Etudiante – Cellule Handicap 3, avenue Robert Schuman - 13628 Aix-en-Provence cedex 01 Téléphone : 04. 42. 17. 25. 21 / 25. 22 - Courriel : handicap@univ-cezanne.fr</p>
