**Service de Santé Universitaire (SSU)**

En raison de votre situation de handicap, si vous souhaitez bénéficier d’aménagements pour vos examens et le suivi de vos études, nous vous invitons à prendre rendez-vous avec le médecin universitaire dès votre inscription auprès du :

|  |
| --- |
| **Secrétariat du Service de Santé Universitaire**Maison des Langues Bâtiment N (1er Etage)9, rue du temple, 62030 ARRAS CEDEX03 21 60 60 29 (lundi, mardi, mercredi après-midi et jeudi matin) |

Vous remettrez au médecin les éléments permettant d’objectiver vos difficultés : courriers médicaux récents, bilans récents (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, neuropsychologie, kinésithérapie), aménagements antérieurs.
En cas de dyslexie, vous joindrez impérativement un bilan orthophonique adapté à l’évaluation des troubles du langage adulte de type EVALAD ou autre datant de moins d’un an.
Concernant le renouvellement des aménagements pour les étudiants ayant sollicité un aménagement au titre de l’année universitaire écoulée, ils seront informés par courrier de la procédure à suivre.

|  |  |
| --- | --- |
| NOM Prénom : ……………………………………………………………………………………… | Né(e) le : …………………………………… |
| Adresse : ………………………………………………………………………………………………. | Tél. : ………………………………………….. |
| ……………………………………………………………………………………………………………… | @ : ………………….………………………… |
| Formation suivie cette année :……………………………………………………………………………………………………………… | Etablissement : ………………………………………………….. |

Avez-vous bénéficié d’aménagements (aides matérielles, humaines) pendant l’année écoulée ?

|  |  |
| --- | --- |
| ⬜ OUI | Si **oui**, lesquels : ⬜ 1/3 temps supplémentaire ⬜ Sujets adaptés (Préciser : …………………………………………….)⬜ Matériel spécifique (Préciser : …………………………………………………………………………………….)⬜ une aide humaine (⬜ preneur de notes, ⬜ secrétaire, ⬜ tuteur, autre : ……………...….…)⬜ Autre (Préciser : …………………………………………………………………………………………………..….…)Nature du handicap : ………………………………………………………………………………………………………. |
| ⬜ NON |

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à ……………………………………….….. Le …………………………………………………  | Signature : |