**Service Handicap & études**

**Direction des Etudes et de la Vie Etudiante (DEVE)**

[*handicap.deve@u-psud.fr*](mailto:handicap.deve@u-psud.fr)

Bâtiment 336 – RDC

01.69.15.61.59

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2019-2020**

**Vos coordonnées**

NOM : ……………………………………………Prénom : …………………………………………….

Sexe : F 🞎 M 🞎 Date de naissance : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Adresse  : ……………………………………………………..........................................

……………………………………………………………………………………………………………...

Téléphone : …………………………. Email : ………………………………………...

**Vos études**

Intitulé de la formation suivie : ………………………………………………………………………………….

Niveau :

DAEU 🞎 IUT / DUT 1ère année 🞎 2ème année 🞎 DU 🞎

L1 🞎 L2 🞎 L3 🞎 M1 🞎 M2 🞎 Doctorat 🞎 EAD 🞎

Polytech 1ère année 🞎 2ème année 🞎 3ème année 🞎 4ème année 🞎 5ème année 🞎

UFR de rattachement :

Sciences 🞎 Pharmacie 🞎 Médecine 🞎 Polytech 🞎 Staps 🞎

Droit-Economie-Gestion 🞎 IUT d’Orsay 🞎 IUT de Cachan 🞎 IUT de Sceaux 🞎

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 : …………………………………………

**Nature du handicap**

Nature du handicap (facultatif) : ……………………………………………………………………………….

Avez-vous recours à un mode de transport adapté ? OUI 🞎 NON 🞎

PAM 🞎 Ile de France Mobilités 🞎 Ou autre, précisez ? ………….

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 établissement ou un service médico-social ?

Bénéficiez-vous d’un accompagnement par un établissement ou un service sanitaire ?

Autres mesures : ………………………………………………………………………………………………

Avez-vous des besoins ou des demandes spécifiques à préciser ?

…………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

Date et signature de l’étudiant :