

**Procédure de prise en charge des étudiants en situation de handicap**

**Définition du handicap :**

Constitue un handicap, au sens de la loi de 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant

Vous avez pris contact avec le Service d'accompagnement des étudiants en situation de handicap (SAEPH) de l'Université pour obtenir un aménagement de vos études et/ou de vos examens en raison de votre handicap ou d'une maladie invalidante durable.

Vous devez être reçu(e) par un médecin du Service de Santé des Étudiants, habilité par la CDAPH (MDPH), qui, au vu des éléments médicaux apportés et d'un entretien, proposera des aménagements.

Vous devez constituer un dossier médical et administratif et le faire parvenir au SSE par mail à [sse@uvsq.fr](mailto:sse@uvsq.fr) :

- Pour le premier semestre de l'année en cours, au plus tard la première semaine du mois de novembre,
- Pour le second semestre de l'année en cours, au plus tard la première semaine du mois de mars.

À réception, il sera vérifié et si besoin des documents complémentaires pourront vous être demandés. Une fois votre dossier complet, un rendez-vous vous sera proposé. La constitution de votre dossier est essentielle pour obtenir des aménagements adéquats pour compenser votre situation de handicap.

**Il vous appartient de constituer un dossier médical recevable. Tout dossier incomplet sera invalidé et ne pourra donner suite à une proposition de rendez-vous.**

Liste des pièces à fournir

| Pièces                                                                                                               | Obligatoires           | Recommandées |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|
| Compte rendu de consultation médicale spécialisée de moins d'un an                                                   | Au moins l'un des deux |              |
| Certificat médical établi sur le modèle joint                                                                        |                        |              |
| Compte rendu d'hospitalisation récent                                                                                |                        | ✓            |
| Bilans spécialisés réalisés (d'orthophonie, neuropsychologie, ergothérapeute, psychomotricité ...) de moins de 5 ans | Pour les troubles dys  |              |
| Examens complémentaires (IRM, écho ...)                                                                              |                        | ✓            |
| Ordonnance en cours                                                                                                  |                        | ✓            |
| Certificat médical établi pour le dossier MDPH                                                                       |                        | ✓            |

Informations à préciser dans votre demande par mail

- Nom, Prénom
- Numéro d'étudiant
- Numéro de téléphone
- Filière, année et lieu d'étude



Service de Santé des Étudiants (SSE)

## CERTIFICAT MÉDICAL (à remplir par le médecin)

À remettre au médecin du service de santé des étudiants

**NOM :**

**PRÉNOM :**

Date de naissance :

Suivi spécialiste : oui ☐ non ☐

Si oui, coordonnées du spécialiste :

Dossier MDPH : oui ☐ non ☐ en cours ☐

RQTH : oui ☐ non ☐

Pathologie(s) diagnostiquée(s) faisant l'objet de la présente demande :

Éléments d'anamnèse et éléments cliniques permettant d'étayer le(s) diagnostic(s) :

Examens complémentaires ou bilans spécialisés réalisés :

Retentissement fonctionnel sur la vie quotidienne et sociale :

Retentissement fonctionnel sur la vie universitaire et les apprentissages :

Traitements en cours et effets secondaires constatés :

Fait à

**Signature du médecin**

Le (date) :

**Tampon et coordonnées du médecin**