



## FICHE DE RECENSEMENT 2023-2024

### Vos coordonnées

NOM : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Email : .....

### Vos études

Intitulé de la formation suivie : .....

Niveau :

DAEU  DU  BUT 1<sup>ère</sup> année  2<sup>ème</sup> année  3<sup>ème</sup> année

L1  L2  L3  L3 Pro  M1  M2  Doctorat  EAD

Polytech 1<sup>ère</sup> année  2<sup>ème</sup> année  3<sup>ème</sup> année  4<sup>ème</sup> année  5<sup>ème</sup> année

UFR de rattachement :

Sciences  Villebon Charpak  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 : .....

Avez-vous des besoins en accessibilité numérique ? OUI  NON

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 non agréé MDPH
- Un établissement non agréé MDPH

Avez-vous des demandes spécifiques ?

.....

.....

.....

Date et signature de l'étudiant :

