

FACULTÉ DE  
MÉDECINE

FICHE DE RECENSEMENT 2025-2026

Vos coordonnées

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexe : F  M  Téléphone : ..... Email : .....

Adresse : .....

Vos études

Intitulé de la formation suivie : .....

Niveau : Diplôme Universitaire / Diplôme inter-universitaire UFR de rattachement : UFR Médecine

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 : .....

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 ou un établissement non agréé MDPH

Avez-vous des demandes spécifiques ? .....

Date et signature de l'étudiant :

