



Pôle Diversité et Handicap
Direction de la Vie Etudiante et Egalité des Chances (DVEEC)
handicap.etudiant@universite-paris-saclay.fr
Bâtiment 311
01.69.15.31.45

FICHE DE RECENSEMENT 2026-2027

Règlement général sur la protection des données (RGPD)

En remplissant ce formulaire, je suis informé(e) que mes données sont traitées par l'Université Paris Saclay (Pôle Diversité et Handicap, Bâtiment 311, rue du Château, 91400 Orsay) en tant que responsable de traitement dans le cadre de votre demande d'aménagements d'études et d'examens.

La base légale du traitement est votre consentement.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Pôle Diversité et Handicap et Direction de la Formation (données sur l'accessibilité et les aménagements de scolarité uniquement).

Les données collectées sont susceptibles d'être anonymisées et transmises au Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation dans le cadre de l'enquête annuelle de recensement des étudiants en situation de handicap dans l'enseignement supérieur.

Les données sont conservées pendant 5 ans, ou jusqu'à retrait de votre consentement.

Conformément aux dispositions légales en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation du traitement, de suppression et de portabilité.

Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données externalisé de l'UPS, la société AESATIS via l'adresse mail : dpd@universite-paris-saclay.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



FICHE DE RECENSEMENT 2026-2027

Vos coordonnées

NOM : Prénom :

Genre : F ☐ H ☐ Autre ☐ Date de naissance : ____/____/____

Adresse (n°, rue, code postal et ville) :
.....

Téléphone : Email :

Êtes-vous boursier (CROUS) ? OUI ☐ NON ☐

Vos études

Intitulé de la formation suivie :
.....

Niveau :

DAEU ☐ DU ☐ BUT : 1^{ère} année ☐ 2^{ème} année ☐ 3^{ème} année ☐

L1 ☐ L2 ☐ L3 ☐ L3 Pro ☐ M1 ☐ M2 ☐ Doctorat ☐ EAD ☐

Polytech : 1^{ère} année ☐ 2^{ème} année ☐ 3^{ème} année ☐ 4^{ème} année ☐ 5^{ème} 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/de la Responsable de la formation et du/de la Secrétaire pédagogique :
.....
.....

Êtes-vous en alternance ? OUI ☐ NON ☐

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/alternance ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, préciser la période du ou des stages :

Accessibilité

Avez-vous des besoins en accessibilité numérique (logiciels, etc.) ? OUI ☐ NON ☐

Avez-vous des besoins en accessibilité bâimentaire (ascenseur, etc.) ? OUI ☐ NON ☐

Autre besoin en accessibilité :

Souhaitez-vous communiquer sur votre situation de handicap à vos enseignants ? OUI ☐ NON ☐

.....

.....

MDPH

(Maison Départementale pour les Personnes Handicapées)

Nature du handicap (*facultatif*) :

.....

- Avez-vous recours à un mode de transport adapté ? *Si oui, lequel ?*

OUI ☐ NON ☐

- Avez-vous un dossier à la MDPH ?

EN COURS ☐ OUI ☐ NON ☐

Si oui, dans quel département :

- Avez-vous une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) ?

EN COURS ☐ OUI ☐ NON ☐

- Bénéficiez-vous d'une PCH (Prestation de Compensation du Handicap) ?

OUI ☐ NON ☐

- Bénéficiez-vous d'une AAH (Allocation Adulte Handicapé) :

OUI ☐ NON ☐

- Avez-vous une Carte Mobilité Inclusion (CMI) ?

OUI ☐ NON ☐

- Avez-vous une Carte d'invalidité ?

OUI ☐ NON ☐

- Bénéficiez-vous d'un accompagnement par (à cocher) :

- ☐ un établissement ou un service sanitaire ou médico-social
- ☐ un auxiliaire de vie (professionnel ou aidant familial prise en charge par la PCH)
- ☐ par un établissement ou un service sanitaire
- ☐ Autres professionnels de soin ou de rééducation

Souhaitez-vous des informations et/ou bénéficier d'un accompagnement pour faire un dossier ou une demande de droit à la MDPH ? OUI ☐ NON ☐

Avez-vous des demandes spécifiques ?

.....

.....

Date et signature de l'étudiant :

