

Service Santé des étudiant.e.s

Chère Consœur, Cher Confrère

Votre patient étudiant, vous sollicite un certificat en vue d'un aménagement d'études ou d'examens selon les dispositions de la circulaire n° 2011-220 du 27-12-2011.

Les médecins du SSE (service santé des étudiants de Rennes) ont délégation de la CDAPH 35 et de la CDAPH 22 (étudiants de Rennes 1/Rennes 2 et écoles conventionnées) pour établir les préconisations médicales en vue de ces aménagements.

Afin d'évaluer au plus près la situation de votre patient, le médecin du SSE a besoin de connaître outre le diagnostic et ses conséquences sur le plan physique et/ou psychique, les retentissements de la pathologie et/ou du handicap sur la vie sociale, familiale, quotidienne... et de préciser si votre patient a une reconnaissance MDPH, une RQTH et/ou une AAH. (cf formulaire)

Vous pouvez aussi nous transmettre les traitements éventuels, les courriers des paramédicaux ou toutes les autres informations que vous jugerez nécessaire.

Les éléments que vous nous soumettez sont à mettre sous pli confidentiel et seront remis au médecin du SSE.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.

Pour les médecins du SSE

Dr Casin Valérie - Directrice SSE

Pour tout renseignement vous pouvez échanger avec un médecin du SSE au :

Campus Beaulieu : 02 23 23 55 05 - Campus Villejean : 02 23 23 70 85 / 70 86

St Malo : 02 99 21 95 00 - St Brieuc: 02 96 60 81 63

SSE

Service Santé des étudiant.e.s de Rennes

<https://sse.univ-rennes.eu/>

sse@univ-rennes1.fr

FORMULAIRE MEDICAL

A établir et à signer par le médecin traitant

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
POUR LES DEMANDES D'AMENAGEMENTS
Renseignements confidentiels à remettre au candidat, **sous pli fermé**,
A l'attention du médecin du service santé des étudiants

NOM – PRENOM:

Date de naissance :

Motif de la demande d'aménagement d'examen et /ou pédagogique :

Reconnaissance par M.D.P.H	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> EN COURS
RQTH	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> EN COURS
AAH	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> EN COURS

Déficiences du langage oral ou écrit :

Diagnostic établi par un service	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> centre de référence du langage <input type="checkbox"/> service hospitalier CHU
----------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

Année du diagnostic :

Prise en charge orthophonique en cours	fréquence :
Ou	
Prise en charge orthophonique antérieure	durée du suivi :

Joindre obligatoirement un bilan orthophonique de moins de 3 ans : Test adulte type Ecla16+ / Evalad / Exalang complet avec notification en écart type des décalages à la norme et indication des temps

Déficiences psychiques ou cognitives :

Suivi spécialisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
------------------	------------------------------	------------------------------

Types de trouble :

Limitations constatées :

Déficiences visuelles :

Acuité visuelle corrigée OD :	OG :	à 5 mètres (Monoyer)
Acuité visuelle corrigée OD :	OG :	de près (Parinaud)
Prise en charge actuelle :		

Déficience auditive :

unilatérale bilatérale codeur LPC
 perception transmission

Sévérité : perte auditive : OD : OG :

Appareillage : Implant :

LSF + interprète LSF :

Joindre le dernier audiogramme

Maladie chronique :

Diagnostic :

Traitement :

Limitations constatées :

Déficience motrice :

Localisation du déficit :

Fauteuil roulant : OUI NON

Latéralité manuelle :

Accessibilités aux locaux :

Autre trouble ou déficience :

-type de trouble :

-traitement éventuel :

-suivi :

-limitations constatées

A, le

Cachet et signature du médecin traitant :