

## **Certificat médical à remplir par votre médecin traitant ou spécialiste**

Nom-Prénom étudiant :

Date de naissance :

### **1/ Pathologie principale à l'origine du handicap (permanent ou temporaire) :**

-  
-

### **2/ Histoire de la maladie (dates) et description :**

-  
-  
-

#### **✓ Clinique actuelle avec traitement et appareillage :**

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

#### **✓ Evolution de la pathologie :**

-  
-  
-

### **3/ Répercussions (fonctionnelles et relationnelles) sur le déroulement de ses études :**

-  
-  
-  
-

Docteur :

Date :

Adresse :

Signature :

**Prendre RDV au SSE dès la rentrée universitaire.  
Joindre bilan.s et tous documents médicaux ou para-médicaux.**