

Première demande Renouvellement

Année universitaire 2022

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Courriel : _____ Téléphone : __/__/__ ( : cocher si sms)

Date de naissance : __/__/__ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Type(s) de handicap :

- Handicap moteur (utilisation d'un fauteuil roulant/de cannes, difficultés à conserver une position, etc.)
- Handicap sensoriel (visuel, auditif)
- Handicap psychique (schizophrénie, bipolarité, etc.)
- Handicap cognitif (autisme, trisomie 21, etc.)
- Troubles du langage et de la parole (troubles DYS)
- Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)
- Maladies invalidantes (pathologie cancéreuse, épilepsie, sclérose en plaque, etc.)

Reconnaissance de la CRHD ou CEJH NC : Oui Non

Handicap temporaire
 Oui Non

Si vous disposez d'une reconnaissance de la CEJH ou de la CRHD :

Date de dépôt : __/__/__

- Autre mesure (Allocation Adulte Handicapé, carte, ...) Oui Non
- Recours à un mode de transport spécifique Oui Non
- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé Oui Non
- Accompagnement par un auxiliaire de vie Oui Non
- Accompagnement par un établissement ou un service médico-social Oui Non

Avec ou sans reconnaissance administrative de votre handicap par la CEJH ou la CRHD, êtes-vous ?

- Suivi par un établissement ou un service sanitaire Oui Non
- Suivi par un professionnel de soin ou de rééducation Oui Non

Etudes et projets :

Etudes suivies : _____

Inscription l'année précédente : _____

Lieu : _____

Boursier : Oui, échelon ____ Non

Aménagements l'année précédente : Oui (fournir une pièce justificative) Non

Aménagements demandés pour les études

Besoins spécifiques de l'étudiant-e à remplir par le médecin (généraliste, spécialiste, orthophoniste...) accompagné d'un certificat médical ou d'un bilan orthophonique.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aménagements demandés pour les examens

Besoins spécifiques de l'étudiant-e à remplir par le médecin (généraliste, spécialiste, orthophoniste...) accompagné d'un certificat médical ou d'un bilan orthophonique.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Attention ce document ne vaut pas aménagement. Un arrêté de la présidente de l'Université de la Nouvelle-Calédonie est indispensable pour la mise en place de vos aménagements (études et/ou examens).

Vous pouvez prendre rendez-vous auprès du service CASE afin de rencontrer gratuitement un médecin (145 Avenue James Cook, Nouville-98800 Nouméa Cedex – Tel : 290.195 – deve_handicap@unc.nc).

Pour les troubles DYS, un bilan orthophonique de moins de deux ans est obligatoire.

Le certificat médical et/ou le bilan orthophonique que vous obtiendrez doit être retourné au service **CASE** qui vous notifiera ensuite la décision administrative définitive d'aménagements par voie électronique.

Cette démarche est à effectuer dès le début de l'année universitaire, **au plus tard le 15 mars de l'année en cours**, pour tout étudiant inscrit ou réinscrit.

L'étudiant-e autorise le service CASE à transmettre ce document à l'équipe plurielle. Aucune information d'ordre médical ne sera diffusée.

Date : ___/___/___

Médecin traitant et/ou Orthophoniste :

L'étudiant-e :