

Certificat médical à remplir par votre médecin traitant ou spécialiste

Docteur :

Date :

Adresse :

Signature :

Téléphone :

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/ Répercussion (fonctionnelles ou relationnelles) sur le déroulement de ses études :

-
-
-
-
-