



Service Handicap & Etudes
Direction de la Vie Etudiante et Egalité des Chances (DVEEC)
handicap.etudiant@universite-paris-saclay.fr
Bâtiment 336 – RDC
01.69.15.61.59

FICHE DE RECENSEMENT 2025-2026

Vos coordonnées

NOM : Prénom :

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

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

Téléphone : Email :

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 boursier (CROUS) ? OUI ☐ NON ☐

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 :

.....

MDPH

(Maison Départementale pour les Personnes Handicapées)

Nature du handicap (*facultatif*) :

Avez-vous recours à un mode de transport adapté ? OUI ☐ NON ☐ Si oui, lequel ?

Avez-vous un dossier à la MDPH ? OUI ☐ NON ☐ En cours ☐

Si oui, dans quel département :

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

- ☐ 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 :

