|  |
| --- |
| **ÉTUDIANT(E) EN SITUATION DE HANDICAP (ESH)****SIGNALÉTIQUE de l’ÉTUDIANT(E)****ANNÉE ACADÉMIQUE 2024 - 2025** |

À compléter par l’étudiant(e) et à déposer ou envoyer par courrier électronique au service d’accompagnement pédagogique : LES CEDRES ASBL (UMONS), avenue Maistriau, 19 – 7000 MONS - lescedres@umons.ac.be en vue d’obtenir un rendez-vous de demande de reconnaissance du statut d’étudiant en situation de handicap. (À compléter informatiquement ou manuellement en majuscule)

**NOM DE FAMILLE** :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PRÉNOM**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**IDENTIFIANT UMONS :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATE DE NAISSANCE :** |  | **SEXE :** |  | **NATIONALITÉ :** |
| …………………………………… |  |  [ ]  F [ ]  M |  | ……………………………………. |

|  |
| --- |
| **ADRESSE :** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **TÉLÉPHONE/GSM :** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **C COURRIEL /ADRESSE MAIL :** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FACULTÉ :**  |  | **CURSUS :** |
| ……………………………………………. |  | **Bachelie**r : [ ]  début [ ]  milieu [ ]  fin**Master** : [ ]  début [ ]  fin |

LES CEDRES ASBL s’engage à respecter la loi du 8 décembre 1992 qui vise à protéger le citoyen contre toute utilisation abusive de ses données à caractère personnel (Loi vie privée).