|  |
| --- |
| **ÉTUDIANT(E) EN SITUATION DE HANDICAP (ESH)****ATTESTATION D’Expertise mÉdicale****ANNÉE ACADÉMIQUE 2024 - 2025** |

*A faire compléter par le médecin/spécialiste et à déposer ou envoyer sous pli confidentiel au service d’accompagnement pédagogique : LES CEDRES ASBL (UMONS), avenue Maistriau, 2 – 7000 MONS. ou envoyer par courrier électronique à* *lescedres@umons.ac.be**.*

Je soussigné (e)….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(*Nom, prénom*)

Domicile : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..

Code postal : ……………….............. Localité : …………………............................... Pays : ……………………….…................

Tél./Gsm : …………………................ Courriel : ………………………………………………………….........................................................

Spécialiste en…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Atteste par la présente que

Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Souffre de (Nom de la pathologie ou description du handicap) ………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Il s’agit d’un

❑ **Trouble**: 🗆 Temporaire 🗆 Permanent

❑ **Maladie** : 🗆 Temporaire 🗆 Permanent

❑ **Handicap** : 🗆 Temporaire 🗆 Permanent

Description de la pathologie et impact sur la vie quotidienne du malade ou porteur de handicap (en ce compris les contraintes et effets secondaires liés au traitement (médicamenteux ou autre).

Pouvez-vous affirmer que le ❑ **Trouble** / ❑ **Maladie** / ❑ **Handicap** dont est atteint (e) cette personne entraîne des difficultés significatives dans la réalisation de ses études à l’université ?

❑ **Oui**  ❑ **Non**

Si oui, en tenant compte du diagnostic et de la médication (s’il y a lieu), cochez parmi les difficultés suivantes celles qu’éprouvent actuellement la personne concernée :

* Difficulté de concentration pendant les cours. ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..……………………………………………………………………………………………..…

* Difficulté de concentration dans les périodes d’étude ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

* Difficulté de mémorisation ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………………………………………………………………

* Difficulté à filtrer les stimuli environnementaux ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

* Assiduité aux cours ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

* Difficulté à gérer le stress ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

* Difficulté à conserver un niveau d’énergie adéquat

tout au long de la journée (fatigabilité) ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

* Difficulté à établir des contacts interpersonnels ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

* Difficulté à gérer un horaire et des délais ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

* Difficulté à se concentrer sur plus d’une tâche à la fois ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

* Difficulté à travailler en équipe ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

* Difficulté à se déplacer, problème de mobilité ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

* Aménagement(s) raisonnable(s) à prévoir pour la passation d’évaluation
	1. **Oral**  ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………..…………….……………………………………….

………………………….……………………………….…………..………………………………………………………………………………………………..…………………….……………………………….…………..……………………………………………………………………………………….…..

* 1. **Écrit** ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………..…………….……………………………………….

………………………….……………………………….…………..………………………………………………………………………………………………..…………………….……………………………….…………..……………………………………………………………………………………….…..

* 1. **QCM** ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………..…………….……………………………………….

………………………….……………………………….…………..………………………………………………………………………………………………..…………………….……………………………….…………..……………………………………………………………………………………….…..

* 1. **Autres** ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez …………………………………………..………………………………………..…………….……………………………………….

………………………….……………………………….…………..……………………………………………………………………………………………

Pour les cas de troubles de l’apprentissage, veuillez joindre obligatoirement le bilan de compétence effectué ainsi que les recommandations à suivre.

Commentaire(s) supplémentaire(e) éventuel(s)

*Cachet du spécialiste*

Fait à …………………….., le ….. /……./………

(Signature du spécialiste)