

Attestation d'expertise (para)médicale

Le présent document est strictement confidentiel et est soumis à la législation relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, ainsi qu'à la législation relative au secret médical partagé.

Les informations recueillies seront uniquement utilisées dans le cadre d'une demande d'aménagement(s) raisonnable(s) auprès du référent pour l'enseignement inclusif.

Les données transmises sont certifiées sincères et conformes.

Je soussigné.e :
Spécialiste en :
Coordonnées complètes :	
Rue :
CP :
Localité :
Téléphone :
Courriel :

Atteste par la présente que l'étudiant :

NOM, Prénom
Présente le trouble, la pathologie, la déficience ou le handicap suivant :	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
De manière :	
<input type="checkbox"/> Permanente	
<input type="checkbox"/> Temporaire, pour une durée de :	
<input type="checkbox"/> Evolutive	

