

## ETUDIANT EN SITUATION DE HANDICAP

### PLAN PERSONNALISE D'ETUDES ET DE FORMATION (PPEF)

#### INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

##### ETAT CIVIL :

Nom : .....

Prénom : .....

Né (e) le : .....

Sexe : F  M

Adresse Mail : .....

Téléphone perso. : .....

Téléphone mobile : .....

#### INFORMATIONS MEDICALES/ PARAMEDICALES

Ce document n'est pas destiné à un médecin.

En cas de difficultés à le remplir, le médecin du SSE vous y aidera lors de votre rendez vous.

#### HANDICAP, MALADIE

- Trouble de la fonction cognitive (dont TSA)
- Trouble Psychique
- Trouble du langage et de la parole : (dyslexie, dysphasie)
- Maladie invalidante (maladie chronique invalidante, diabète, épilepsie, mucoviscidose, cancer...)  
**Merci de cocher** cette case si vous êtes suivi pour une pathologie cancéreuse et **si vous acceptez de le signaler** (Recueil du Ministère dans le cadre du plan Cancer)
- Trouble de la fonction motrice (dont dyspraxie)
- Trouble de la fonction visuelle
- Trouble de la fonction auditive
- Plusieurs troubles associés
- Autres troubles :  
.....

## **INFORMATIONS SOCIALES/COMPENSATION**

Avez-vous un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Oui                       Non                       En cours (Préciser **la date de dépôt** :.....)

Dans quel département ? .....

### **MESURES RELEVANT DE LA CDAPH**

- ✓ Bénéficiez-vous d'un accompagnement par un établissement ou un service médico-social ?  Oui     Non
- ✓ Avez-vous un (e) auxiliaire de vie (PCH ou ATP)?  Oui     Non
- ✓ Bénéficiez-vous d'un transport spécifique ?  Oui     Non
- ✓ Etes-vous reconnu(e) comme travailleur handicapé (Reconnaissance Qualité de Travailleur Handicapé RQTH)  Oui     Non
- ✓ Avez-vous une carte d'invalidité ou une AAH (Allocation de l'adulte Handicapé)  Oui     Non
- ✓ Disposez-vous d'autres mesures relevant de la CDAPH (Carte de stationnement, PCH...)  Oui     Non

### **MESURES NE RELEVANT PAS DE LA CDAPH**

- ✓ Etes-vous accompagné(e) par un établissement ou service sanitaire (Hôpital, Hôpital de jour, Centre Médico Psychologique CMP...)  Oui     Non
- ✓ Etes-vous accompagné(e) par un autre professionnel du soin ou de la rééducation ? (Orthophoniste, kinésithérapeute, Psychomotricien...)  Oui     Non