|  |  |
| --- | --- |
| https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRLOwGBxBmSiOs9bRw0jK6RJP_2-Tko8NtZVQ&s **SSE Service de Santé Etudiante**6A, rue Recteur Marcel Bouchard21000 Dijon*(à côté restau U Montmuzard)*03.80.39.51.53medecine-preventive@u-bourgogne.fr |  **Première** demande d’aménagement(s) compensatoire(s) d’études et/ou d’examen(s)à l’UBDemande de **renouvellement** d’aménagement(s) compensatoire(s) d’études et/ou d’examen(s)à l’UB Demande d’attestation médicale à l’UB pour **maintien de bourse** sur critères sociaux CROUS pour raisons de santé |

Date de dépôt  : …………………… Documents de procédures remis le ……………………………

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | PRENOM :  |
| Date de naissance : | N° étudiant :  |
| Tél :  |
| Mail UBE **(*Pour la sécurité informatique à compter du 01/01/2025*, *seules les adresses mails UBE seront prises en compte et utilisées par le SSE).*** |
| Formation suivie & année en cours (Licence, Master, autre) :  | Lieu des études :  |
| SEFCA : □ oui □ non(contrat pro ou apprenti, alternance…) |
| *Pour les demandes de renouvellement d’****aménagement****:* Aménagement idem que le(s) précédent(s)Ou :Aménagement(s) supplémentaire(s) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | *Pour les demandes de* ***maintien de bourse****:*

|  |  |
| --- | --- |
| Bourse échelon : | Demande concernant l’année : |

SEMESTRE 1 SEMESTRE 2 ANNEE UNIVERSITAIRE |

**Signature :**

***(Si mineur : nom et signature des parents ou du responsable légal)***

|  |
| --- |
|  |