|  |  |
| --- | --- |
| https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRLOwGBxBmSiOs9bRw0jK6RJP_2-Tko8NtZVQ&s    **SSE Service de Santé Etudiante**  6A, rue Recteur Marcel Bouchard  21000 Dijon  *(à côté restau U Montmuzard)*  03.80.39.51.53  [medecine-preventive@u-bourgogne.fr](mailto:medecine-preventive@u-bourgogne.fr) | **Première** demande d’aménagement(s) compensatoire(s) d’études et/ou d’examen(s)à l’UB  Demande 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)***

|  |
| --- |
|  |