

*A renouveler  
à chaque début de  
semestre*

**REGIME SPECIAL D'ÉTUDES**

**ANNÉE 2016- 2017**

**SEMESTRE .....**

**Demande à déposer dans le délai de 1 mois après la date de rentrée à chaque semestre**

**ATTENTION:** La Dispense d'Assiduité ne concerne que les CM, TD, TP. Elle est accordée sur avis du responsable pédagogique. La dispense d'assiduité ne concerne **EN AUCUN CAS** les examens.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro d'étudiant : \_\_\_\_\_

Inscrit en : \_\_\_\_\_

**En qualité de :**

- Salarié (e)                                   ⇒ *formulaire complété à remettre au service scolarité*
- Mère ou père de famille               ⇒ *formulaire complété à remettre au service scolarité*
- Sportif (ve) de haut niveau   ⇒ *formulaire complété à remettre au S.U.A.P.S.*
- Handicapé (e)                               ⇒ *formulaire complété à remettre au Centre de Santé Médico Psycho Social*

**Je souhaite :**

- un aménagement de l'emploi du temps : changement de groupe TD  N° de groupe souhaité
- une dispense d'assiduité à certains cours :                   TD                    CM
- Précisez lesquels : \_\_\_\_\_
- une épreuve terminale pour une ou plusieurs matières :
- Précisez lesquelles : \_\_\_\_\_
- un aménagement du contrôle continu - sportif de haut niveau ou handicapé(e) -
- une organisation du régime long sur 2 ans (master 2)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_                                   Signature de l'étudiant : \_\_\_\_\_

**DÉCISION**

- un aménagement de l'emploi du temps : changement de                   groupe TD                    groupe TP
- une dispense d'assiduité à certains cours :                   TD                    TP                    CM
- Précisez lesquels : \_\_\_\_\_
- une épreuve terminale pour une ou plusieurs matières :
- Précisez lesquelles : \_\_\_\_\_
- un aménagement du contrôle continu - sportif de haut niveau ou Handicapé(e) -
- une organisation du régime long sur 2 ans (master 2)

<p><b>Avis du SUAPS ou du Service de Médecine Préventive</b></p>          <p>Fait à _____ Le _____</p>	<p><b>Avis du responsable pédagogique</b></p>          <p>Fait à _____ Le _____</p>	<p><b>Le Directeur de l'UFR</b> (cachet et signature)</p>          <p>Fait à _____ Le _____</p>
--	---	---

# ***PIÈCES A FOURNIR*** ***OBLIGATOIREMENT A LA DEMANDE***

## **Etudiant salarié :**

- ❑ Soit la photocopie du contrat de l'employeur à durée indéterminée ou déterminée, indiquant une durée moyenne par semaine de PLUS de 15 heures.
- ❑ Soit **une attestation de l'employeur stipulant les horaires de travail** incompatibles avec les obligations universitaires de l'étudiant.
- ❑ Soit pour les **surveillants d'externat**, les **maîtres d'internat**, à temps complet et à demi-service, les **assistants d'éducation**, ainsi que les **enseignants**, photocopie de **l'arrêté de nomination**.
- ❑ Soit pour les **Emplois Avenir Professeur** la photocopie du contrat indiquant une durée moyenne par semaine de plus de 12 heures.

↳ **Dans tous les cas fournir** la photocopie du dernier bulletin de salaire (vous devrez en cours d'année, fournir à nouveau des bulletins de salaire pour justifier du statut d'étudiant salarié)

## **Mère ou père de famille :**

- ❑ Une photocopie du livret de famille



**Sportif (ve) de haut niveau** : ✱ Voir avec le S.U.A.P.S. (Service Universitaire des Activités Physiques et Sportives)

**Handicapé(e)** : ✱ Voir avec :

- ❑ Le Centre de Santé Médico Psycho Social :

☎ : 02.43.83.30.33 (sous-sol de la Maison de l'Université)

✉ [sante.u@univ-lemans.fr](mailto:sante.u@univ-lemans.fr)

- ❑ Responsable de la coordination des actions en faveur des étudiants handicapés :

Mme ANDRE Elodie

☎ 02 43 83 27 64

☎ : 06.22.98.35.54

✉ [elodie.andre@univ-lemans.fr](mailto:elodie.andre@univ-lemans.fr) ou [relaishandicap@univ-lemans.fr](mailto:relaishandicap@univ-lemans.fr)