

Nom : .....

Prénom : .....

NOMA : .....

Adresse email : .....

GSM : .....

**ATTESTATION D'EXPERTISE MEDICALE**

à faire compléter par le médecin/spécialiste et à déposer ou envoyer sous enveloppe fermée au Dr Coralie Bonnier, rue des Wallons 10 bte L1.01.01 à 1348 Louvain-la-Neuve

Je soussigné(e).....

Coordonnées complètes (adresse , téléphone, mail)

.....

.....

.....

.....

Spécialiste en .....

Atteste par la présente que

Nom : .....

Prénom : .....

souffre de (Nom de la pathologie ou description du handicap) .....

.....

Il s'agit d'un trouble/maladie/handicap :  Temporaire  
 Permanent

Description de la pathologie et impact sur la vie quotidienne du malade ou porteur de handicap

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement :

.....  
.....

Pouvez-vous affirmer que le trouble/maladie/handicap dont est atteinte cette personne entraîne des difficultés significatives dans la réalisation de ses études à l'université ?  Oui  Non

**Si oui, en tenant compte du diagnostic et de la médication (s'il y a lieu), cochez parmi les difficultés suivantes celles qu'éprouvent *actuellement* la personne concernée :**

- Difficulté de concentration pendant les cours  Oui –  Non
- Difficulté de concentration dans les périodes d'étude  Oui –  Non
- Difficulté de mémorisation  Oui –  Non
- Difficulté à filtrer les stimuli environnementaux  Oui –  Non
- Assiduité aux cours  Oui –  Non
- Difficulté à gérer le stress  Oui –  Non
- Difficulté à conserver un niveau d'énergie adéquat tout au long de la journée (fatigabilité)  Oui –  Non
- Difficulté à établir des contacts interpersonnels  Oui –  Non
- Difficulté à gérer un horaire et des délais  Oui –  Non
- Aptitude limitée à tolérer les bruits et les foules  Oui –  Non
- Difficulté à se concentrer sur plus d'une tâche à la fois  Oui –  Non
- Difficulté à travailler en équipe  Oui –  Non
- Autres : .....

Commentaires complémentaires éventuels

Fait à

Le

Signature

Cachet du spécialiste