

Direction des Études et de la Scolarité  
Service d'Accueil des Étudiants en Situation de Handicap

## PRÊT PC ET CLÉS USB

Nom / Prénom / N° Étudiant : .....

L1    M1    DU

Diplôme : .....

L2    M2    Prépa

L3    Doctorat

Nom de l'enseignant	Code ECUE	Date de l'examen	Horaire sans tiers temps	Salle
		...../...../.....	De ..... heures ..... à ..... heures .....	
		...../...../.....	De ..... heures ..... à ..... heures .....	
		...../...../.....	De ..... heures ..... à ..... heures .....	
		...../...../.....	De ..... heures ..... à ..... heures .....	
		...../...../.....	De ..... heures ..... à ..... heures .....	
		...../...../.....	De ..... heures ..... à ..... heures .....	
		...../...../.....	De ..... heures ..... à ..... heures .....	
		...../...../.....	De ..... heures ..... à ..... heures .....	
		...../...../.....	De ..... heures ..... à ..... heures .....	
		...../...../.....	De ..... heures ..... à ..... heures .....	

A transmettre **impérativement 15 jours avant la date de l'examen**, directement au SAE-SH ou par mail à l'adresse [handi.examens@univ-montp3.fr](mailto:handi.examens@univ-montp3.fr)

Date : le ...../...../.....

Signature de l'étudiant :