

**AUTORISATION DE TRANSMISSION DE DOCUMENT**

Je soussigné(e), .....(*Prénom Nom*)....., déclare autoriser le Service Universitaire de Prévention et de Promotion de la Santé (SUMPPS) à transmettre à la Cellule d'Accueil des Etudiants Handicapés de l'Université de Nice Sophia Antipolis, à l'adresse suivante :

Cellule d'Accueil des Etudiants Handicapés  
Université de Nice Sophia Antipolis  
Grand Château  
28 av de Valrose - BP 2135  
06103 NICE Cedex 2

une copie de l'attestation du médecin du SUMPPS concernant les mesures d'aménagement des examens et/ou une copie de la notification qui détermine les mesures d'accompagnement dont je peux bénéficier dans le cadre de mes études. Ces documents permettront à l'Université de mettre en place le ou les accompagnements désignés.

Fait à ....., le.....

Signature