



## Infirmierie - Bibliothèque

Je soussigné(e)..... (NOM, Prénom),  
**infirmier(e) responsable de la Mission Accueil Handicap de l'ICT**,  
déclare que l'apprenant..... (NOM, Prénom)  
est, cette année universitaire ....., porteur d'un handicap empêchant la lecture,  
tel qu'il est autorisé à bénéficier du droit à l'exception handicap au droit d'auteur.

Commentaire éventuel :

Fait le :

Signature :

---

Je soussigné(e) .....(NOM, Prénom),  
**apprenant(e)** inscrit(e) en .....  
(intitulé de la formation et discipline étudiée) pour l'année universitaire .....,  
autorise l'infirmière responsable de la Mission Accueil Handicap de l'Institut  
Catholique de Toulouse, à communiquer ce formulaire contenant des informations au  
sujet de mon handicap à la personne responsable « exception handicap » de la  
bibliothèque de l'Institut catholique de Toulouse.

Je suis informé(e) que cette personne est soumise à la confidentialité concernant ces  
informations qui n'ont pour but que de permettre la recherche de documents les plus  
adaptés à ma situation. Je suis informé(e) que dans le cadre de ces recherches, je  
peux être contacté(e) pour obtenir des précisions sur les formats adaptés à ma  
situation.

Le type de handicap m'empêchant de lire est :

Les formats des documents adaptés à privilégier sont :

Fait le

Signature :