*Vu le Statut Etudiant Aidant approuvé en CFVU du 17 juin 2025.*

**Critères d’éligibilité**

1. Le statut aidant est susceptible d’être attribué à tout étudiant inscrit à l’Université de Montpellier en formation initiale dans un diplôme national.
2. Les étudiants souhaitant prétendre au statut d’aidant doivent : venir en aide à un membre de leur entourage proche qui est en perte d’autonomie pour des raisons liées à l’âge, à une situation de handicap, à une maladie chronique ou invalidante de manière régulière et fréquente et à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.
3. Le proche aidé peut être : une personne de la famille de l’étudiant (ascendant, descendant, frère, sœur, conjoint, etc.), son concubin ou son partenaire de PACS.

|  |
| --- |
| **Demande de statut aidant(e) :** |
| **□ Première demande □ Renouvellement** |

**NOM et Prénom : ……………………………………………………… Numéro d’étudiant(e) : …………..…………………**

**Date de naissance : ………………………………**

**Adresse :……………………………………………………………….…………………………………………………………….**

**Email : ……………..………………………………………………… Téléphone : ………………………………………………**

**Formation à l’Université de Montpellier :**

**□ L1 □ L2 □ L3 □ Licence Professionnelle □ M1 □ M2**

**□ BUT □ Diplôme d’ingénieur □ Doctorat □ Filières de santé □ Autre : ……………………**

**Faculté, Ecole, Institut : …………………………………………………………………………………………………………..**

**Intitulé exact de la formation : …………………………………………………………………………………………………..**

**Identité du proche aidé :**

**NOM et Prénom : ……………………………………………………….… Date de naissance : …………..…………………**

**Adresse :……………………………………………………………….…………………………………………………………….**

**Email : ……………..………………………………………………… Téléphone : ………………………………………………**

**Lien familial avec l’aidant : …………………………………………….…………………………………………………………**

**Joindre obligatoirement à toute candidature au statut proche aidant :**

* **Une attestation venant d’un médecin généraliste ou d’un spécialiste mentionnant le besoin d’aide humaine du proche aidé et précisant que vous lui apportez votre aide ;**
* **Une notification CDAPH de la personne aidée en situation de handicap mentionnant son besoin d’aide humaine ;**
* **Un document officiel justifiant des liens familiaux (livret de famille, acte de mariage, PACS...).**

**Fait à …………………………………………….., le ……… / ……… / ………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signature de l’étudiant(e)** | **Date de la décision : …… / …… / ………**  **Décision de l’UFR, École ou Institut**  **□ Favorable**  **□ Défavorable** | **Signature du représentant de l’UEI** |