

Bekreftelse fra lege/medisinsk sakkyndig

Søknad om tilrettelegging av studier og eksamen



Studentens navn	Fødselsdato
Adresse	
Attesten er gyldig t.o.m.	

Kort beskrivelse av sykdom/nedsatt funksjonsevne (eventuell diagnose):

Er tilstanden:
<input type="checkbox"/> Akutt <input type="checkbox"/> Langvarig/Kronisk

Ved sesongbetont sykdom/nedsatt funksjonsevne (f. eks allergier), hvilke måneder søkes det tilrettelegging for?

Hvilke tiltak foreslås for å oppveie ulempene studenten har i studie eller eksamenssituasjonen?
<input type="checkbox"/> Forlenget tid på eksamen
<input type="checkbox"/> Bruk av PC på eksamen
<input type="checkbox"/> Annet (spesifiser)

Sted: Dato:

Legens underskrift og stempel: