



## Attestation sur l'honneur d'absence pour un congé menstruel

Vu l'arrêté du 30 juillet 2019 définissant le cadre national de scolarité et d'assiduité des étudiants inscrits dans une formation relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur ;

Vu l'article L612-1-1 du code de l'éducation ;

Vu le règlement des enseignements, des études et des examens en premier et deuxième cycle de l'Université de Montpellier ;

Vu le dispositif « congé menstruel » approuvé en CFVU du 17 juin 2025.

### **Attestation à renvoyer par mail à la scolarité de l'UFR (Faculté), École ou Institut d'inscription**

Toute personne menstruée inscrite à l'UM, dans un diplôme national, peut demander une dispense d'assiduité pour cause de troubles menstruels. Le nombre de jours de dispense aux enseignements en présentiel (CM, TD, TP, ...) hors évaluation programmée, est fixé à **10 jours** au titre de l'année universitaire en cours, dans la limite de **deux jours par mois** (hors toute période effectuée en milieu professionnel). Une éventuelle prolongation des jours d'absence pourra être accordée sur avis du **SCMPPS**. Nous vous conseillons de vous rapprocher du SCMPPS qui peut vous accompagner gratuitement dans la prise en charge des troubles.

### **L'étudiant.e**

UFR (Faculté), École ou Institut : **Faculté de Droit et de Science politique**

Numéro d'étudiant.e : ..... Téléphone : .....

Année d'étude (L1, L2, etc) : ..... Groupe : ..... Intitulé de la formation : .....

Je soussigné, e ..... atteste sur l'honneur être sujet.te à des troubles menstruels m'empêchant de suivre mes **enseignements** le ..... / ..... / ..... et le ..... / ..... / ....., conformément aux dispositions prévues par l'établissement.

#### **Enseignements concernés par cette absence :**

.....  
.....  
.....  
.....

Je justifie par ce formulaire de mon absence aux **enseignements** en présentiel prévus à ces dates en raison d'une altération temporaire de mon état de santé. Je suis informé.e que ce justificatif est valable uniquement pour la durée indiquée, dans la limite de deux jours par mois et qu'une **éventuelle prolongation** des jours d'absences nécessite l'avis du **SCMPPS**.

J'ai pris connaissance que le service de médecine préventive (SCMPPS) peut me proposer dans tous les cas un accompagnement.

Je m'engage à respecter les conditions définies par l'Université de Montpellier pour ce type d'absence.

Fait à ..... , le ..... / ..... / .....

#### **L'intéressé.e**

(Signature obligatoire)