

DEMANDE D'UN LOGEMENT ADAPTE AUX BESOINS D'UNE PERSONNE
SOUFFRANT D'UN PROBLEME DE MOBILITE NECESSITANT UN TYPE DE
LOGEMENT PARTICULIER

Nom : N° de candi unique :

Prénom :

Sexe : Masculin – Féminin Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone/GSM :

Pour des raisons de santé attestées par un médecin dont le certificat médical complété se trouve ci-dessous, je souhaite que l'on ne me propose pas de logement qui ne présente pas les caractéristiques suivantes :

- Rez de chaussée uniquement
- 1er étage maximum
- Uniquement appartement dans un immeuble muni d'un ascenseur
- Sans marches pour accéder à l'entrée ( s'il n'existe aucun logement sans aucune marche – veuillez nous préciser si vous êtes en mesure de gravir une ou quelques marches pour accéder à l'immeuble)

Commentaires supplémentaires :

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

Je, soussigné docteur en médecine

Certifie que Mr / Mme

.....

Ne peut raisonnablement occuper un logement qui ne correspond pas aux critères qu'il/elle a choisi ci-dessus pendant une durée :

- permanente
- temporaire de mois

Commentaires supplémentaires :

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

Le

Signature et cachet