

Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

Adresse:

CP: Ville: DEPT:

Téléphone: **Mail:**

TRANSPORT

- Moyen de mobilité possible : OUI/NON
- Dans un périmètre de:.....Km de mon lieu d'Habitation.

COMMUNICATION

- Moyens de communication possibles : (tel/mail/réseaux sociaux)

Comment je suis concerné par le handicap :

- Je suis handicapé, préciser :

- Je suis aidant familial, préciser :

- Je suis proche concerné, préciser :

- Je suis bénévole, préciser :
 - Auprès de qui (fratrie, ami, connaissance)

 - Auprès d'une organisation : (laquelle, à quel poste)

- Je suis professionnel concerné :
 - Secteur de la santé : (préciser le métier):

 - du lien :

 - de l'éducatif :

