



DOSSIER ADMINISTRATIF ENTRÉE EN FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

RENTRÉE SEPTEMBRE 2024

Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en IFSI pour la rentrée de septembre 2024 et ayant confirmé leur place à l'issue de la sélection FPC ou PARCOURSUP.

👉 Vous devez **imprimer ce dossier en recto uniquement – Ne pas agraffer les documents.**

Le dossier doit être retourné dûment complété et accompagné des pièces demandées **par voie postale en Lettre Suivie** :

- Pour **les candidats FPC** : au plus tard le **31 mai 2024** (*candidat ayant confirmé l'inscription auprès de l'institut entre le 06 mai et le 16 mai 2024 inclus*).
Pour les candidats de la liste complémentaire appelés suite à un désistement : le dossier est à retourner dans les 15 jours suivant votre confirmation d'inscription.
- Pour **les candidats Parcoursup** : A partir du **19 juillet 2024** (*candidat ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le 30 mai 2024 et le 12 juillet 2024 inclus*).
Pour les candidats Parcoursup ayant accepté définitivement une proposition d'admission entre le **12 juillet** et le **2 septembre 2024** inclus, le dossier est à retourner **immédiatement suite à votre confirmation d'inscription.**

👉 **L'admission à l'institut de formation en soins infirmiers est subordonnée à l'envoi de l'ensemble des documents à l'adresse suivante :**

« Centre Hospitalier – IFSI
Promotion 2024/2027
1060 Chemin de la Madeleine
CS 40001
11010 CARCASSONNE CEDEX »

Pour tout renseignement,
vous pouvez nous joindre au **04.30.51.24.01**
gestion.ifsifas@ch-carcassonne.fr

La rentrée s'effectuera le lundi 2 septembre 2024



Madame, Monsieur,
Etudiant(e) en soins infirmiers

PROMOTION 2024/2027

N/Réf. : 2024/CB/MM

Objet : Rentrée universitaire 2024/2025.

Madame, Monsieur,

Vous avez été admis(e) à l'institut de formation en soins infirmiers de Carcassonne. L'équipe pédagogique, administrative et moi-même sommes heureux de vous accueillir au sein de l'institut de formation.

Je vous informe que la **rentrée** est fixée au **lundi 2 septembre 2024 à 10 heures**.

Dans l'hypothèse d'une formation à distance, vous devrez être en possession d'un ordinateur et d'une connexion internet au jour de la rentrée.

Toutes les modalités d'organisation pédagogique vous seront détaillées par l'équipe pédagogique le lundi 2 septembre 2024.

Le calendrier d'alternance 2024/2025 est joint en annexe 1 du livret d'accueil afin de vous permettre d'anticiper l'organisation de votre formation (les cours se dérouleront entre 8h et 17h30).

Vous trouverez sur le site internet <https://www.ch-carcassonne.fr/IFSI/IFAS> les documents à télécharger :

- Le dossier administratif à constituer et à retourner selon les modalités mentionnées en page 1 ;
- Le livret d'accueil et d'information à l'attention des apprenants ;
- Pour les étudiants concernés, le dossier de demande de dispenses d'enseignement.

Les étudiants demandeurs de bourses sont invités à effectuer leur demande sur le site internet <https://www.laregion.fr/bourses-etudes-sanitaires-sociales> (confer page 9 du livret d'accueil). La campagne de bourses 2024 est ouverte entre du 3 juin au 31 octobre 2024 pour les étudiants de 1^{ère} année.

Un code établissement (à caractère confidentiel) vous sera demandé pour saisir votre demande, ce code est : **IFSICARCASSONNE2024**.

J'attire votre attention sur la nécessité de nous retourner dans le délai précisé l'ensemble des pièces indispensables à la constitution de votre dossier.

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, madame, monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Directrice des Instituts de Formation IFSI-IFAS
Centre Hospitalier de Carcassonne par interim

SIGNE

Catherine BECQUET



**Tous les documents ci-joints
doivent être imprimés en
RECTO uniquement**



NOM et Prénom :	Colonne réservée à l'IFSI
DOSSIER ADMINISTRATIF – à classer dans ordre ci-dessous :	
DOCUMENTS CI-JOINTS A COMPLETER :	
<input type="checkbox"/> La fiche de renseignements.	
<input type="checkbox"/> L'attestation de droit à l'image et le moyen de locomotion.	
<input type="checkbox"/> La fiche de renseignements pour la prise en charge financière de votre formation.	
<input type="checkbox"/> La fiche de renseignements « Stages ».	
<input type="checkbox"/> La fiche de recueil d'informations pour l'accompagnement de l'étudiant en situation de handicap (facultatif).	
DOCUMENTS A FOURNIR :	
<input type="checkbox"/> L'attestation de la contribution vie étudiante et de campus (téléchargeable à compter de début juillet sur le site : https://cvec.etudiant.gouv.fr) d'un montant de 100€ (tarif 2023/2024), à régler sur la plateforme APOGEE en ligne du CROUS. <i>Pour les candidats FPC concernés, veuillez envoyer votre attestation par mail et avant le 12/07/2024.</i> (confer livret d'accueil page 4).	
<input type="checkbox"/> Pour les étudiants concernés et sous réserve de l'avoir reçue, la notification officielle de bénéfice d'une bourse sanitaire et sociale au titre de l'année universitaire 2024-2025.	
<input type="checkbox"/> Pour les candidats relevant de la sélection Parcoursup : la photocopie du diplôme ayant permis l'inscription sur la plateforme (baccalauréat ou DAEU).	
<input type="checkbox"/> L'attestation de désinscription ou attestation sur l'honneur de non inscription sur Parcoursup pour les candidats ayant passé les épreuves relevant de la F.P.C. et inscrits sur Parcoursup.	
<input type="checkbox"/> Pour les candidats bacheliers 2024, la photocopie de leur relevé de notes du baccalauréat.	
<input type="checkbox"/> La photocopie couleur d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport, titre de séjour, uniquement) recto/verso sur la même page.	
<input type="checkbox"/> La photocopie de votre carte vitale avec votre propre numéro de sécurité sociale.	
<input type="checkbox"/> L'attestation d'ouverture de droits à la sécurité sociale de votre département de moins de 6 mois (téléchargeable sur le site : ameli.fr ou sur une borne de la sécurité sociale).	
<input type="checkbox"/> L'attestation d'assurance couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile des étudiants en soins infirmiers (voir modalités dans livret d'accueil – page 5 - "La responsabilité civile et risques professionnels").	
<input type="checkbox"/> Document(s) visant à justifier la prise en charge financière du coût pédagogique de votre formation.	
<input type="checkbox"/> Le certificat médical (ci-joint) à faire compléter par un Médecin départemental agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession infirmier(e). (Liste médecins agréés : https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13).	
<input type="checkbox"/> L'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires (ci-jointe) à faire compléter par votre Médecin Traitant ou par le Médecin Départemental agréé.	
<input type="checkbox"/> La photocopie des vaccinations notées sur votre carnet de santé.	
<input type="checkbox"/> 1 Photocopie de la carte grise du véhicule utilisé pour les déplacements durant la formation. (inscrire en haut à droite votre Nom et Prénom ainsi que la couleur du véhicule).	
<input type="checkbox"/> 1 Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'étudiant.	

A FOURNIR LE JOUR DE LA RENTREE :

- Le chèque correspondant au montant des frais d'inscription universitaire (le tarif sera indiqué sur le site internet de l'institut dans la 1^{ère} quinzaine de juillet) ; il sera collecté par le secrétariat lors de l'accueil administratif organisé le jour de la rentrée (mentionner votre nom au dos du chèque).**



FICHE DE RENSEIGNEMENTS – PROMOTION 2024/2027

Jour de la rentrée à l'I.F.S.I. : *Le lundi 2 septembre 2024*

A compléter en lettres majuscules et lisiblement

IDENTITE / TELEPHONE / INE :

NOM : _____ NOM Marital : _____

Prénom : _____ Autres prénoms : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____ Dépt : (____)

Nationalité : _____

N° de Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

N° INE :

(Numéro d'identifiant national étudiant) ou BEA (Numéro de base élève académique) **OBLIGATOIRE**. Ce numéro est précisé sur votre relevé de notes du baccalauréat (BEA) ou sur votre ancienne carte étudiant (INE).

AFFILIATION A LA SECURITE SOCIALE :

N° Immatriculation à la sécurité sociale **OBLIGATOIRE** (de l'étudiant) :

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ clé ____

Caisse d'affiliation : (à préciser : CPAM / RSI / MSA...) _____ Dépt (____)

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire	<input type="checkbox"/>	Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	Veuf(ve)	<input type="checkbox"/>
Marié(e) ou PACS	<input type="checkbox"/>	Concubinage	<input type="checkbox"/>	Séparé (e)	<input type="checkbox"/>

ADRESSE DE L'ETUDIANT PENDANT SA FORMATION :

.....
.....

N° de Téléphone fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

@Mail **autre que celui utilisé pendant les études** ⁽²⁾ :@.....

⁽²⁾ *Noter votre adresse mail personnelle ; elle sera utilisée pour l'envoi d'informations après votre fin de formation. (Information pour cérémonie du diplôme d'Etat, offres d'emploi...).*

AUTRE RESIDENCE :

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



VOIE D'ADMISSION ET DIPLÔME :

✓ **Voie d'admission en IFSI :**

Parcoursup

F.P.C.

Niveau d'études :

Dernier établissement fréquenté :

✓ **Diplôme obtenu avant votre admission à l'institut :**

Baccalauréat – Série : Année d'obtention : Académie :

Baccalauréat étranger : Spécialité : Pays d'obtention : Année :

Equivalence titre de niveau IV (titre à préciser) : Année :

Validation des acquis : Année :

Diplôme d'Etat d'Aide-médico-psychologique : Année :

Diplôme d'Etat d'Aide-soignant : Année :

Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture : Année :

Diplôme d'Etat d'infirmier hors U.E. : Pays d'obtention : Année :

PACES

Autre (à préciser) :

Diplôme(s) universitaire(s) : Année :

(Joindre obligatoirement la photocopie du récapitulatif des U.E. validées)

✓ **Avez-vous effectué une (ou plusieurs) année(s) préparatoire(s) :**

OUI NON

Si OUI, précisez la période et le nom de l'établissement :

✓ **Activités professionnelles avant l'entrée à l'institut de formation :**

✓ **Avez-vous déjà été inscrit(e) en études supérieures (PACES, Fac de sciences, IUT, ...) ?**

NON OUI ; en quelle année : Quelle filière ?



EXPERIENCE(S) OU ACTIVITE(S) PROFESSIONNELLE(S) ANTERIEURE(S) :

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

MOYEN DE LOCOMOTION :

L'étudiant s'engage à avoir un moyen de locomotion pour se rendre sur les différents lieux de stage en fonction de la programmation pédagogique.

Permis de conduire : OUI NON en cours

Type de véhicule : Voiture Vélomoteur / Scooter < 50 cm3
 Motocyclette > = 50cm3 Néant

Immatriculation : Nombre de CV (P.6): Modèle : Couleur :

(En cas de changement de véhicule en cours de scolarité transmettre au secrétariat la nouvelle carte grise)

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : Prénom :

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

NOM : Prénom :

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

PERSONNE(S) DE CONFIANCE POUVANT ETRE CONTACTEE EN COURS DE SCOLARITE :

NOM : Prénom :

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

NOM : Prénom :

N° de Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ N° de Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___



ENFANT(S) DE L'ETUDIANT :

Nom, Prénom et âge des enfant(s) de l'étudiant :

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

FAMILLE DE L'ETUDIANT :

Père : **Age :** **Profession :**

N° de Téléphone portable : ___/___/___/___/___

Adresse :

.....
.....

Mère : **Age :** **Profession :**

N° de Téléphone portable : ___/___/___/___/___

Adresse :

.....
.....

Conjoint (e) : **Age :** **Profession :**

N° de Téléphone portable : ___/___/___/___/___

Adresse :

.....
.....

BOURSES REGIONALES :

Avez-vous fait une demande de bourse pour l'année universitaire 2024/2025 ?

OUI NON

☞ (Si oui, dès réception, pensez à la remettre au secrétariat pour le remboursement du montant des frais d'inscription universitaire).



AUTRES RENSEIGNEMENTS :

➤ **Situation de handicap²** : reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

Oui Non

² Merci de signaler si vous êtes porteurs de handicap pour que nous puissions favoriser votre accueil et vos enseignements. Joindre un certificat médical précisant la nature du handicap et les aménagements nécessaires.

➤ **Etes-vous allergique au latex ?** Oui Non

J'atteste de la sincérité et de l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document et m'engage à vous informer de tous changements.

Fait à, le

Signature de l'étudiant(e)

(si l'étudiant(e) est mineur(e) le 02 septembre 2024, précisez : Nom – Prénom,
coordonnées et signature des parents ou tuteur légal)



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

Ce document est indispensable pour la prise en charge du coût de votre formation. Tous renseignements erronés pourraient entraîner une facturation totale de l'année de formation à l'étudiant(e).

Pour information : Le coût de la formation est pris en charge par le Conseil Régional Occitanie pour l'étudiant(e) en poursuite de scolarité ainsi que pour le demandeur d'emploi, sous réserve que l'étudiant(e) puisse justifier de sa situation préalablement à son entrée en formation.

COÛT FORMATION D.E INFIRMIER(E) : **9 100 €** par année de formation (tarif 2024 révisable chaque année).

Je soussigné(e) _____, déclare avoir pris connaissance du coût de la formation et atteste être dans la situation suivante avant mon entrée en formation : **Cochez et complétez ci-dessous votre situation :**

A. Je suis étudiant(e) :

- En poursuite de scolarité** : (je n'ai jamais quitté le cursus scolaire) :

Précisez l'établissement fréquenté - année scolaire 2023-2024 :

📄 Fournir tous les certificats de scolarité des établissements fréquentés depuis l'obtention du baccalauréat à ce jour.

📄 Le cas échéant, la ou les attestations de scolarité en classe préparatoire aux épreuves de sélection d'entrée en IFSI.

B. Je suis demandeur d'emploi :

- Demandeur d'emploi** : **en cours d'inscription** :

N° d'identifiant auprès de Pôle Emploi (**OBLIGATOIRE**) :

Date d'inscription :

Précisez l'agence de rattachement (**OBLIGATOIRE**) :

📄 - Fournir un avis de situation daté de moins de 3 mois.

Percevez-vous des Indemnités POLE EMPLOI ? OUI NON

C. Je suis salarié(e) :

- Salarié(e) du secteur public (formation professionnelle)** :

Nom et adresse de l'établissement d'origine :

.....

Coordonnées de la personne à contacter :

..... Téléphone :

Nom et adresse de l'organisme de prise en charge :

.....

📄 Fournir l'attestation de prise en charge par l'employeur du coût de la formation.



Salarié(e) du secteur privé :

TRANSITION PRO UNIFAF UNIFORMATION Autre _____

N° de dossier :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Personne à contacter :

🔗 Fournir l'attestation ou la convention de prise en charge des frais de formation de l'employeur ou d'un fonds de formation.

D. Autres situations nécessitant un financement personnel de la formation :

➤ **Congé sans solde :** OUI NON

➤ **En Disponibilité :** OUI NON

Je soussigné(e) _____, m'engage à régler chaque année le montant de ma formation. Signature :

J'atteste de la sincérité et de l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document.

Fait à _____, le _____

Signature de l'étudiant(e)

(si l'étudiant(e) est mineur(e) le 02 septembre 2024, précisez : Nom – Prénom, coordonnées et signature des parents ou tuteur légal)



A compléter par le Médecin Agréé

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES



Ce document est à renseigner uniquement si le schéma vaccinal est COMPLET.

Je soussigné(e) Docteur médecin agréé sous le numéro d'agrément
..... certifie que M/Mme
candidat(e) admis(e) en formation en soins infirmiers,

→ a un schéma vaccinal complet ;

→ a été vacciné(e) :

CONTRE LA DIPHTERIE LE TETANOS ET LA POLIOMYELITIS :

(Arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique).

Dernier rappel effectué :		
Nom du vaccin :	Date :	N° lot :

CONTRE L'HEPATITE B :

Le schéma vaccinal doit être obligatoirement complet avant le 1^{er} départ en stage soit le : 21 octobre 2024.

(Arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes 1 et 2 de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique).

Selon les conditions définies, il/elle est considéré(e) comme :

Immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non

☞ Compléter ci-dessous le schéma vaccinal reçu :

Schéma vaccinal standard :
1 ^{ère} dose (M0) le : / /
2 ^{ème} dose (M1) le : / /
3 ^{ème} dose le : / /
Taux d'Ac anti-Hbs :
- Résultat : UI/ml le / /
- Si < à 10 UI/l, 4 ^{ème} injection faite le / /

Schéma accéléré – vaccin Engerix
1 ^{ère} dose (J0) le : / /
2 ^{ème} dose (J7) le : / /
3 ^{ème} dose (J21) le : / /
Taux d'Ac anti-Hbs :
- Résultat : UI/ml le / /
- Si < à 10 UI/l, 4 ^{ème} injection faite le / /

Je soussigné(e) Docteur certifie que M. ou Mme est à jour de ses vaccins pour exercer ou aller en stage en milieu de soins, conformément aux arrêtés et décrets ci-dessus en référence.

Certificat établi le : / /

Signature et cachet du médecin agréé.

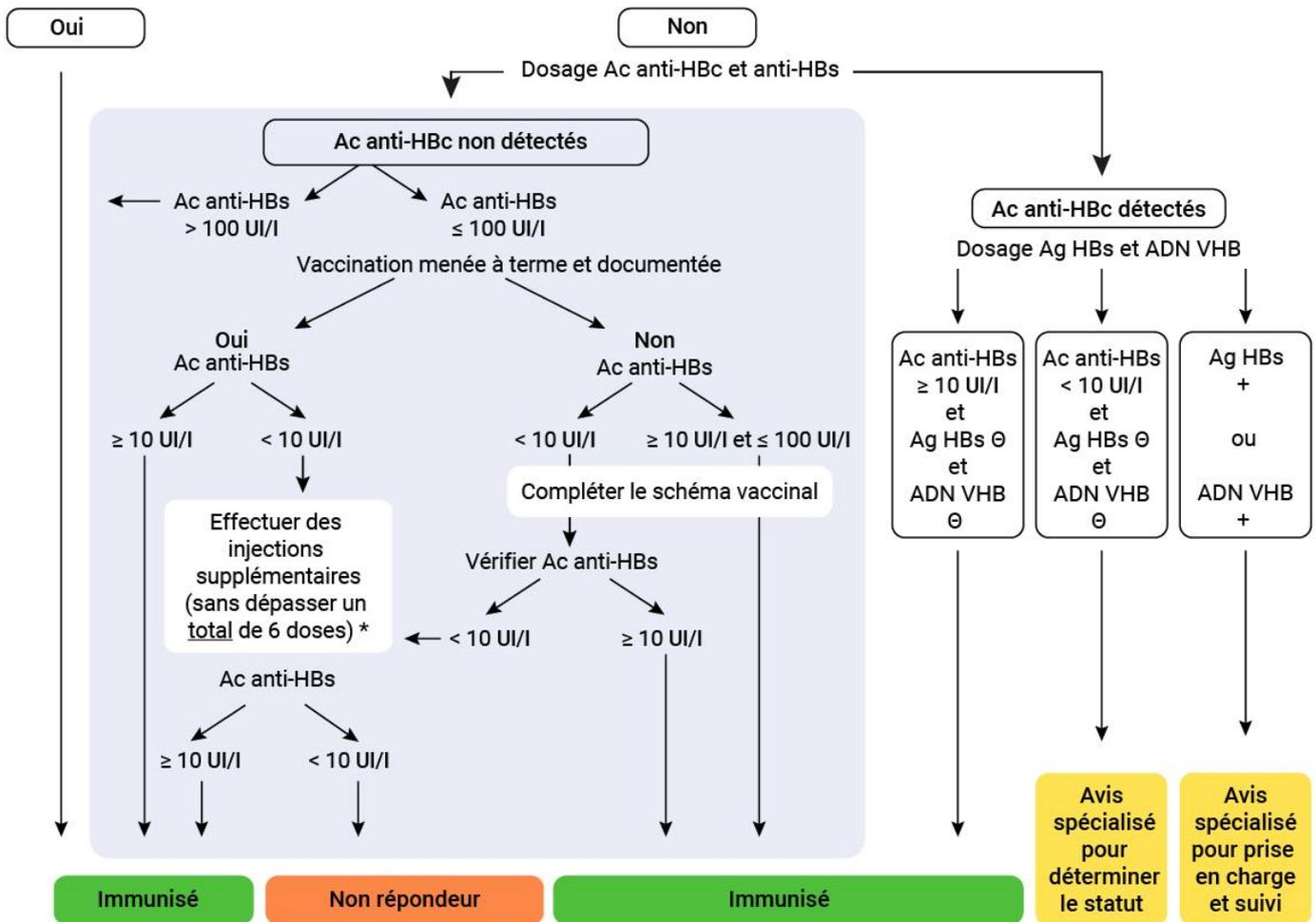
Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP

Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



Ac : anticorps - Ag : antigène - VHB : virus de l'hépatite B

* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté.



A compléter par le Médecin Agréé

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné(e) docteur médecin agréé sous le numéro d'agrément certifie avoir examiné le / / l'étudiant(e) en soins infirmiers suivant(e) :

Nom de naissance : **Prénom :**

Nom Marital :

Date de naissance : / /

et atteste que la personne susnommée possède :

- l'aptitude physique,
- l'aptitude psychologique,

à intégrer un institut de formation en soins infirmiers et d'y suivre l'intégralité des unités d'enseignement théorique et la formation clinique inhérentes au recueil des principaux textes relatifs au diplôme d'Etat.

Certificat établi le/...../.....

Signature et cachet du médecin agréé

La liste des médecins agréés est consultable sur le site de l'ARS de votre Région.

<https://www.occitanie.ars.sante.fr/medecins-agrees-13>



ATTESTATION : DROIT A L'IMAGE ET PUBLICATION SUR INTERNET

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

1/ PUBLICATION EN LIGNE

Lors de la publication en ligne des résultats du Diplôme d'Etat d'Infirmier, j'autorise la Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS Occitanie) à mentionner mon nom sur la liste des admis.

(Dans le cas où vous n'êtes pas favorable à la publication en ligne de votre nom, nous vous invitons à nous faire parvenir une demande écrite d'opposition).

2/ DROIT A L'IMAGE

Lors de séances récréatives, de travaux pratiques ou de travaux dirigés effectués au sein de l'institut de formation en soins infirmiers de Carcassonne, je donne mon accord pour être photographié(e) ou filmé(e).

(Dans le cas où vous n'êtes pas favorable à être photographié(e) ou filmé(e), nous vous invitons à nous faire parvenir une demande écrite d'opposition).

ATTESTATION : MOYEN DE LOCOMOTION

3/ MOYEN DE LOCOMOTION

Je m'engage :

à avoir un moyen de locomotion pour me rendre sur les différents lieux de stage au vue de la programmation pédagogique.

Fait à, le

Signature de l'étudiant(e)

(si l'étudiant(e) est mineur(e) le 02 septembre 2024, précisez : Nom – Prénom,
coordonnées et signature des parents ou tuteur légal)



FICHE DE RENSEIGNEMENTS « STAGES »

Nom : Nom Marital :

Prénom : Age : ans.

Adresse familiale :

.....
.....

Adresse pendant les études :

.....
.....

Permis de conduire oui non

Stages effectués dans le domaine sanitaire et social.

Précisez le nom de l'établissement, du service et de la ville ainsi que la durée du stage.

-
-
-
-

Emplois dans le secteur sanitaire et social.

Précisez le nom de l'établissement, du service, de la ville, la qualification et la durée de l'exercice professionnel.

-
-
-
-

Personnes que vous connaissez personnellement (professionnel de santé, résident d'un EHPAD)

Préciser le nom de la structure.

-
-



Fiche de recueil d'informations pour l'accompagnement de l'étudiant/élève en situation de handicap

A compléter si vous le souhaitez (facultatif)

Les candidats souhaitant demander un aménagement, veuillez joindre impérativement avec cette fiche :

- Une demande écrite d'aménagement pour l'année 2024/2025 ;
- Un certificat médical précisant la nature du handicap et les aménagements nécessaires.

La situation sera examinée en section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants qui siège courant septembre de chaque année.

Nom de l'étudiant :

Prénom :

Renseignement concernant le handicap ou la perte d'autonomie :

Votre type de handicap :

Déficience motrice : membre(s) supérieur(s) membre(s) inférieur(s)

Maladies invalidantes : souhaitez-vous préciser :

Déficience visuelle :

Troubles psychiques :

Déficience auditive :

Déficience intellectuelle :

Vos besoins en aides techniques :

Aucune Canne, béquille Déambulateur fauteuil roulant

Autres aides techniques merci de préciser :

Votre capacité à monter des marches :

Impossible 1 à 4 marches 1 étage

AUTRES BESOINS, précisez :

.....

.....

.....