Attestation médicale à compléter par un médecin spécialiste

Je soussigné, ……, Docteur en médecine, atteste que Madame / Monsieur (biffer la mention inutile)

Nom : ……

Prénom : ……..

Date de naissance : ……

Adresse : ……..

……....

N° téléphone : ……

Est atteint(e) d'une maladie dégénérative et que celle-ci conduira inévitablement à une déficience motrice.

Pour les raisons de santé attestées par la présente attestation, le/la patient(e) a / aura besoin au sein de son logement des adaptations concrètes suivantes :

O Accessibilité :

- Physique : escaliers ou non ? ……..
- Générale : besoin d'accès à des services de proximité ou des moyens de mobilité si pas de véhicule privé (personnes seules) ?.....

O Logement :

- Maison si RDC ou RDC + premier OK ? …….
- Appartement si RDC ou RDC + premier / escaliers ? ……
- Sanitaires :

  WC : RDC sans marche ou si marches OK ou non moyennant quels aménagements ?

  …….

  SDB : RDC sans marche ou si marches OK ou non moyennant quels aménagements ?

  …….

O Logement PMR indispensable.

O <u>Autres besoins :</u>

……

……

……

……

Date : ……..

Signature et cachet du médecin :

Traitement des données à caractère personnel

La société de logement de service public s'engage à respecter les dispositions normatives relatives à la protection des données à caractère personnel, auxquelles elle a accès pour les besoins de l'exécution de sa mission, notamment la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).