*ACCESIBILITE DES LOGEMENTS*

NOM :…………………………N° DE DOSSIER :……………..

1. Avez-vous des difficultés pour vous déplacer (marcher, monter les escaliers,…)
* OUI
* NON

Si oui : décrivez brièvement la pathologie (maladie) dont vous êtes atteint :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Avez-vous besoin d’un logement présentant des facilités d’accès :
* OUI
* NON
1. Quels types de logement avez-vous besoin ?

Le logement avec des escaliers peut-il être accessible ? OUI – NON

Si oui, jusqu’à quel étage, s’il n’y a pas d’ascenseur :

* 1er étage
* 2éme étage
* 3ème étage

Le logement doit-il être accessible en chaise roulante ? OUI – NON

Le logement doit-il être comporter d’autres adaptations ? OUI – NON

Si oui expliquez :…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………...………..………………………………………………………………………………………………

Date : Signature (lu et approuvé)