

## Attestation médicale à compléter par un médecin spécialiste

Biffez les mentions inutiles

Je soussigné, ....., Docteur en médecine, atteste que Madame/Monsieur :

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, le/la patient(e) a/aura besoin au sein de son logement des adaptations concrètes suivantes :

- un logement pour personne à mobilité réduite : oui / non
- un autre type de logement avec aménagements liés à son handicap : oui / non  
si oui, précisez lequel :

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

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).