

Annexe 3 – Problèmes médicaux -

Pour des raisons de santé attestées par un médecin dont le certificat médical complété se trouve ci-dessous, je souhaite que l'on ne me propose pas de logement qui ne présente pas les caractéristiques suivantes :

- *Rez de chaussée uniquement*
- *1er étage maximum*
- *Uniquement appartement dans un immeuble muni d'un ascenseur*
- *Sans marches pour accéder à l'entrée (▲ s'il n'existe aucun logement sans aucune marche – veuillez nous préciser si vous êtes en mesure de gravir une ou quelques marches pour accéder à l'immeuble)*

Utilisez-vous un fauteuil roulant ? OUI / NON (1)

Si oui, l'utilisez-vous :

- *A l'extérieur : OUI / NON (1)*
- *A l'intérieur du logement : OUI / NON (1)*

Si non, comment vous déplacez-vous ? Canne(s) - tribune - prothèse (s) (1)

Précisez :

.....
.....

Certificat médical à faire compléter par un médecin spécialiste (sauf si reconnaissance handicap du SPF, dans ce cas le médecin généraliste suffit)

Je, soussigné Docteur en médecine

Certifie que Mr / Mme

Ne peut raisonnablement occuper un logement qui ne correspond pas aux critères qu'il/elle a choisi ci-dessus pendant une durée :

- Permanente
- Temporaire de mois

Commentaires supplémentaires :

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

Le

Signature et cachet