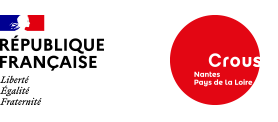
|  |
| --- |
| **Demande de logement adapte CROUS**  **Année Universitaire 2024.2025**  □ **1re Demande** □ **Renouvellement**  **FICHE DE LIAISON**  **Merci de joindre IMPERATIVEMENT une attestation médicale certifiant des besoins d'aménagement et/ou justificatif de reconnaissance du handicap par la MDPH**  **Condition préalable : avoir constitué un Dossier Social Etudiant**  [**https://www.messervices.etudiant.gouv.fr/envole/**](https://www.messervices.etudiant.gouv.fr/envole/)  **Commission du 30 mai 2024**  **Retour des dossiers pour le 23 mai 2024** |



# 

Nom :Prénom :  Date de naissance :

Adresse :Code postal: Ville**:**

Téléphone : Adresse Mail :

N° INE :

**À compléter et retourner au :**

* **Service social étudiant dont vous dépendez,** [**cliquez ici**](https://www.crous-nantes.fr/contacts/social-et-accompagnement/)

Assistant(e) Social(e) CROUS ou SUMPPS référent(e) :

**OU**

* **Service d’accompagnement à la vie sociale** – SAVS – Handisup, quand un accompagnement est déjà en cours. [contact@handisup.fr](mailto:contact@handisup.fr)

Coordinateur de parcours - Référent(e) :

**CURSUS ACTUEL - Année scolaire 2023-2024 :**

|  |  |
| --- | --- |
| Établissement | Filière |
|  |  |

**CURSUS PROJETE – Année scolaire 2024.2025 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vœux | Établissement | Discipline | Ville Universitaire |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

**RÉSIDENCES OU CITÉS UNIVERSITAIRES DEMANDÉES**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

## VOTRE SITUATION DE HANDICAP

□ Déficience motrice

Avec fauteuil □ OUI □ NON

Si OUI, s'agit-il d'un fauteuil : □ manuel □ électrique

□ Déficience auditive

□ Déficience visuelle

□ Autre Handicap : ………………………………………………………………………………………………………………………………….

**VOS BESOINS EN MATIERE D'ACCESSIBILITE DU BATIMENT**

**(ne cocher que la ou les cases correspondant a vos besoins)**

□ Accès du bâtiment par une rampe d'accès

□ Porte d'entrée du bâtiment : □ automatique **ou** □ manuelle

□ Place de parking « personne à mobilité réduite »

□ Proximité du bâtiment avec le lieu de formation

□ Proximité du bâtiment avec les commerces

□ Proximité du bâtiment avec un transport en commun accessible

□ Proximité des services de soins

□ Veilleur de nuit

□ Autre :

**VOS BESOINS EN MATIERE D'ACCESSIBILITE DU LOGEMENT**

**(ne cocher que la ou les cases correspondant à vos besoins)**

□ Appartement au Rez-de-chaussée

□ Appartement à l'étage à privilégier : □ avec ascenseur **ou** □ sans ascenseur

□ Porte d'entrée du logement : □ automatique **ou** □ manuelle

**Emplacement du logement dans le bâtiment**

**□** Atténuation du bruit (en fin de couloir/éloigné de la route passante/dernier étage…)

**□** Luminosité (exposition/éclairage spécifique/rideaux/volets …)

**□** Interaction sociale (à favoriser/à atténuer)

□ Autres :

**Pièce de vie**

□ Table surélevée

□ Cuisine adaptée

□ Volets électriques

□ Lit médicalisé

□ Lève malade

□ Voyant lumineux (dispositif pour les personnes malentendantes)

□ Autres :

**Salle de bain et toilettes**

□ Barres d'appui

□ Douche au sol

□ Siège de douche

□ Autres :

# AIDE HUMAINE

Bénéficiez-vous d’une aide humaine ?

* Si **OUI** laquelle : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

- Si Auxiliaire de vie, intervient-elle :

□ de jour et/ou □ de nuit

|  |
| --- |
| DEMANDE DE BOURSE SUR CRITERES SOCIAUX □ Boursier 2023.2024 □ OUI □ NON  □ Boursier 2024.2025 □ OUI □ NON   * Si oui, Echelon : * Si non, **Revenu Brut Global 2022** figurant sur Avis Fiscal 2023 (joindre copie de l’Avis Fiscal) : |

**Remarques :**

**Cette fiche sera transmise au Directeur d’Unité de Gestion (DUG) Hébergement pour information et pour intervention en cas de besoin.**

**Fait à :**  **Le :**

**Signature du jeune ou de son représentant légal (précédée des mentions lu et approuvé) :**

**Décision de la commission d’attribution :**

***Informations concernant le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) :***

*Les informations recueillies par le service social, agissant au nom du directeur Général du CROUS de Nantes-Pays de la Loire, à partir de ce formulaire font l’objet d’un traitement informatisé destiné au service social du Crous, dans la finalité d’évaluer votre dossier. Ces données seront conservées durant 5 ans au maximum.*

*Conformément au règlement général sur la protection des données, vous disposez d’un*[*droit d’accès*](https://www.cnil.fr/fr/le-droit-dacces)*,*[*de rectification*](https://www.cnil.fr/fr/le-droit-de-rectification)*, aux informations qui vous concernent, d’effacement, d’un droit d’opposition ou d’une limitation du traitement des données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre DPO en vous adressant par mail à :* [*dpo@crous-nantes.fr*](mailto:dpo@crous-nantes.fr)

**Comité de suivi**

**C.R.O.U.S.** :

**Division Vie Etudiante -** Jean-Jacques AUDUREAU & Christine SAUVAGE

**Service Social** : **02.40.37.13.39** (pour les départements du **44 et du 85**)

**02.41.39.65.70** (pour les départements du **49, 53 et 72**)

**UNIVERSITE de NANTES** :

Relais Handicap – S. BRUNAT - **02 40 37 10 36**

Hélène CATHALA – Médecin référent handicap - **02 40 37 10 50**

**Université d’ANGERS** – SERVICE DE SANTÉ UNIVERSITAIRE F. Harteiser - **02.41.22.69.10**

**Université du Mans** – CENTRE DE SANTÉ UNIVERSITAIRE e.morinais - **02.43.83.39.20**

**HANDISUP (service d’accompagnement à la vie sociale) – Loire-Atlantique**: **02 51 83 99 16**