



**Imprimé à remplir par l'étudiant possédant
une maladie Chronique ou un handicap physique**

Nom :

Prénom :

Date et Lieu de Naissance :

Département d'inscription :

Téléphone :

Email :

Adresse :

Inscription 2020/2021 : L2 L3 M1 M2

Maladie (s) à signaler :

Epilepsie

Maladie du cœur

Diabète

Hypertension Artérielle

Maladies respiratoires

Maladies rénales

Sida

Maladie de Cohn

Thalassémie

Handicap physique(Préciser) :

Autres (Préciser) :

Aucune maladie

Je déclare sur l'honneur être atteint de la maladie signalée.

Tizi-Ouzou le :

L'Intéressé