

**Nom:**

**Prénom:**

Date de naissance:                    /                    /

Adresse:

CP:    Ville:    DEPT:

**Téléphone:**    **Mail:**

### TRANSPORT

- Moyen de mobilité possible : OUI/NON  
- Dans un périmètre de:.....Km de mon lieu d'Habitation.

### COMMUNICATION

- Moyens de communication possibles : (tel/mail/réseaux sociaux)

### Comment je suis concerné par le handicap :

- Je suis handicapé, préciser :
  
- Je suis aidant familial, préciser :
  
- Je suis proche concerné, préciser :
  
- Je suis bénévole, préciser :
  - Auprès de qui (fratrie, ami, connaissance)
  
  - Auprès d'une organisation : (laquelle, à quel poste)
  
- Je suis professionnel concerné :
  - Secteur de la santé : (préciser le métier):
  
  - du lien :
  
  - de l'éducatif :

- **Quelles actions je souhaite développer dans mon département ?**
- **Quels moyens que je peux solliciter (ma disponibilité / réseau de professionnels, élus, assos .../ sur quel territoire)**
- **Quelles compétences je peux offrir au mouvement (parcours professionnel, réseau, asso...)**
- **MES CAPACITES INFORMATIQUES (GENERA, EXCEL, WORD, RESEAUX, ...)**
- **AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS VOUDRIEZ PARTAGER:**