

### 1.1.1 FICHE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_

NUMERO ETUDIANT (SI DEJA IMMATRICULE) : \_\_\_\_\_

FACULTE : \_\_\_\_\_

TYPE DE HANDICAP : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIFFICULTES ANTICIPEES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

DOCUMENT A ENVOYER A : TIZIANA FARINELLI EBENGO  
ANTENNE SANTE  
4 RUE DE CANDOLLE  
1211 GENEVE 4

OU : [tiziana.farinelli@adm.unige.ch](mailto:tiziana.farinelli@adm.unige.ch)