

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