

## **AUTORISATION DE TRANSMISSION DE COORDONNÉES**

**Je soussigné(e) .....,  
auditeur inscrit au Cnam autorise les agents de la  
mission Handi'cnam à transmettre mes coordonnées  
aux enseignants concernés ou à des personnels  
administratifs du Cnam et ce, uniquement dans le but  
de mettre en place les aménagements qui me sont  
nécessaires et ont été retenus.**

**Remarque : le type de handicap ne sera jamais  
mentionné.**

**Paris, le**

**Signature**