

Meo 7595

Dr. Loubna BERRADA ZEROUALI

Médecine Générale

Echographie
Pédiatrie

Diplômée de l'université
de médecine de CRIMEE



الدكتورة برادة لبنى

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الأطفال

خريجة كلية الطب بكريمي

Casablanca, le :

12/02/2020

Patient (e) :

NASRY ELHOSSINE

Dr. Loubna BERRADA
Médecin Généraliste
Imm. C32 Rés. Al Firdaous
Casablanca
Tél. 05 22 90 56 25

Je soussignée
au vu de ce jour même d'enfant
NASRY ELHOSSINE, né le 05/01/2004,
L'examen clinique révèle que le patient
est atteint de trisomie 21.

Certificat délivré pour servir
et valoir ce que de droit.

Dr. Loubna BERRADA
Médecin Généraliste
Imm. C32 Rés. Al Firdaous
Casablanca
Tél. 05 22 90 56 25



App. N° 1, Imm. C32, Rue de chaussée, Résidence Al Firdaous - Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 90 56 25
شقة رقم 1، عمارة C32، سفلي، إقامة الفردوس الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 56 25



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA FEMME,
DE LA FAMILLE ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

2

HANDICAP MENTAL

PRIERE REMPLIR LE PRESENT DOSSIER COMME SUIV :

- CASE A COCHER

☒ X ☒ X OUI

- DATE EN JJ.MM.AAAA

- UTILISER LES LETTRES CAPITALES POUR RENSEIGNER TOUS LES CHAMPS

A IDENTIFICATION



REGION

Casablanca - Sella

PROVINCE

Hay Mohammadi

COMMUNE

NOM PRENOM

El Houmane Narry

DATE DE NAISSANCE

 SEXE ☒ M ☐ F

DATE DEBUT D'INVALIDITE

CAUSE PRESUMEE

Congénite

B EXAMEN MEDICAL

B1. EXAMEN PSYCHIATRIQUE

EXAMEN CLINIQUE

EXAMEN ET BILAN PSYCHOLOGIQUE

AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

AUTRES HANDICAPS MOTEURS OU SENSORIELS ASSOCIES

CONCLUSION ET PRONOSTIC

B2. HANDICAP LEGER

- ☐ (1) AUTONOMIE SUFFISANTE.
- ☐ (2) MEMOIRE PRESERVEE.
- ☐ (3) LANGAGE NORMAL MAIS DIFFICULTES DANS LA COMPREHENSION ET L'EXPRESSION DES NOTIONS ABSTRAITES.
- ☐ (4) SCOLARISATION POSSIBLE JUSQU'AU TERME DU PREMIER CYCLE DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE AU MAXIMUM.
- ☐ (5) APTITUDES INTELLECTUELLES NE DEPASSANT PAS 70% DES APTITUDES INTELLECTUELLES NORMALES COMPTE TENU DE L'AGE, DU SEXE ET DU MILIEU CULTUREL.
- ☐ (6) CAPACITES RELATIONNELLES BONNES.

B3. HANDICAP MOYEN

- ☐ (1) AUTONOMIE LIMITEE (INAPTITUDE A ASSUMER PLUSIEURS FONCTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE : ACHAT ET VENTE, DEPLACEMENT RELATIVEMENT LOINTAIN DE CHEZ LUI MAIS DANS SA PROPRE REGION.
- ☐ (2) TROUBLES DE LA MEMOIRE.
- ☐ (3) LANGAGE ELEMENTAIRE PEU DEVELOPPE.
- ☐ (4) SCOLARISATION IMPOSSIBLE MAIS APTITUDES A ACQUERIR QUELQUES AUTOMATISMES UTILES.
- ☐ (5) APTITUDES INTELLECTUELLES NE DEPASSANT PAS 50% DES APTITUDES NORMALES COMPTE TENU DE L'AGE, DU SEXE ET DU MILIEU CULTUREL.
- ☐ (6) CAPACITES RELATIONNELLES BONNES.

B4. HANDICAP PROFOND

- ☐ (1) ABSENCE D'AUTONOMIE PERSONNELLE INAPTITUDE A SE PRENDRE EN CHARGE DANS LA VIE QUOTIDIENNE / HYGIENE, HABILLEMENT DEPLACEMENT, BESOIN D'UNE AIDE CONSTANTE D'UNE TIERCE PERSONNE.
- ☐ (2) DEFICIENCE TOTALE DE MEMOIRE.
- ☐ (3) DEFICIENCE TOTALE DU LANGAGE. (SAUF QUELQUES MOTS OU SONS)
- ☐ (4) SCOLARISATION IMPOSSIBLE.
- ☐ (5) APTITUDES INTELLECTUELLES NE DEPASSANT PAS 30% DES APTITUDES INTELLECTUELLES NORMALES COMPTE TENU DE L'AGE, DU SEXE ET DU MILIEU CULTUREL.
- ☐ (6) CAPACITES RELATIONNELLES NULLES.



C CERTIFICAT

Je soussigné, Docteur : Spécialiste en
Exerçant à : Certifie avoir examiné :
Nom, Prénom : El Houssine Naim
Qui présente : handicap mental
Ayant pour origine présumée : congénitale

Fait à : Casablanca Le : 17 05 2022

Signature :

D AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE PROVINCIALE

DE : Hay Hassani Le : 18 Mai 2022

Handicap mental

SIGNATURES

Dr. EL MOUKTAFI Samira

Médecin Chef du SRES

Délégation Hay Hassani

E AVIS DE LA COMMISSION TECHNIQUE CENTRALE

☐ HANDICAP CONFIRME (DOSSIER ACCEPTE) ☐ PAS DE HANDICAP (DOSSIER REFUSE)

DEGRE DU HANDICAP MENTAL

☐ LEGER

☐ MOYEN

☒ PROFOND

POUR UNE DUREE

☒ DEFINITIVE

☐ NON DEFINITIVE

☐ EVOLUTIVE

NECESSITANT UNE TIERCE PERSONNE

☒ OUI

☐ NON

SIGNATURES

Le : 18 Mai 2022

Dr. EL MOUKTAFI Samira

Médecin Chef du SRES

Délégation Hay Hassani

ROYAUME DU MAROC-MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ, DE L'ÉGALITÉ ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL



المملكة المغربية
وزارة الأسرة والتضامن
والمساواة والتنمية الاجتماعية

بطاقة معلومات
رافقة للملف الطبي
طلب بطاقة معاق (*)

وثيقة مجانية يمنع بيعها
DOCUMENT GRATUIT, VENTE INTERDITE

(1) التعريف الشخصي للمعاق

إسم و النسب	الحسن بن علي
كان الولادة	الدار البيضاء
سكنى	إقامة الفروس ج ه ١٧ عمارة ١٥ شقة ١٥
جهة	الدار البيضاء الكبرى
عمالة أو الإقليم	البيضا
جنس	☒ ذكر ☐ أنثى
لحالة العائلية	☒ أعزب (ة) ☐ متزوج (ة)
لتغطية الاجتماعية	☒ بدون تغطية ☐ وجود تغطية
رقم الانخراط في حالة وجود تغطية اجتماعية	
إسم الصندوق	☐ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNSS ☐ الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي CNOPS
	☐ الصندوق المغربي للتقاعد CMR ☐ الصندوق المهني المغربي للتقاعد CIMR ☐ أخرى

(2) التعريف بالإعاقة

نوع الإعاقة	حركية ☐ ذهنية ☒
سببها	تاريخ ظهورها ٠٥/٠١/٢٠٠٤
درجة استقلالية المعاق	كلية ☐ جزئية ☒
استعمال آلة تعويضية	نعم ☒ لا ☐
نوع الآلة :	تاريخ الحصول عليها
مصدرها :	حالتها :

التعليم والتكوين المهني (المؤسسات العمومية والخاصة)

المدة بالسنوات	نوعية التعليم	إسم المؤسسة	المستوى التعليمي أو الشهادات المحصل عليها
١٥ سنوات	التربية الداعية	جمعية من المعاق	المستوى الثالث في التربية الخاصة

الإدماج المهني	نوعية العمل	المكان	المرتب الشهري بالدرهم
المدة بالسنوات			

الوضعية المهنية الحالية : بيان نوع النشاط والوضعية الإدارية للمعني والأجر الشهري :

(3) علاقة المعاق بالجمعيات

انخراط المعاق في جمعية	☒ نعم ☐ لا
إسم الجمعية :	جمعية من المعاق
عنوانها :	جمعية منبر المعاق للتطوير ASSOCIATION MANBAR AL MOUAK DEVELOPPEMENT منبر المعاق عمارة 104 رقم 70 27 28 87 70

17/01/2022

وزارة الصحة
Délégation à la préfecture HAY HASSANI

شهادة طبية

Le présent accusé de réception ne vaut
acceptation du contenu du doc.

④

Signature

أشهد أنا الموقع أسفله الدكتور السيد () :

على أن السيد () : محمدي الحسين

الحامل () بطاقة التعريف الوطنية رقم : BK 728427 / 05/01/2004

رقم بطاقة تعريفه الي : BES 4958

بعد الفحص والكشف عنه (ما) تبيّن (أنه) (ها) (نو) عاقبة من نوع : كيسة مملوءة منذ

الولادة / 100% العجز

تاريخ : 20/05/2022



امضاء الدكتور ()

DR. HAY HASSANI
Made in Spain
Size 127mm x 127mm



مديرية النهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة

التاريخ 30 ماي 2021

الرقم 70792

شهادة

بناء على رأي اللجنة التقنية المركزية، المحدثه لدى وزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة، المكلفة بدراسة، دراسات الطبية التي تخول الحصول على "بطاقة شخص معاق"، طبقا لأحكام المرسوم رقم 2.97.218 الصادر في 19 دجنبر 1997 بتطبيق كل من القانون رقم 05.81 والقانون رقم 07.92 المتعلقين بالرعاية الاجتماعية للمكفوفين وضعاف البصر والأشخاص المدايق؛
تشهد وزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة، أن:

السيدة(ة)	الحسين نصري
تاريخ الازدياد	5 يناير 2004
مكان الازدياد	الدار البيضاء
البطاقة الوطنية للتعريف	BK728420
في وضعية إعاقة	- ذهنية عميقة دائمة محتاج لمرافق

سلمت هذه الشهادة للمعني(ة) بالأمر بطلب منه(ها)، قصد الإدلاء بها عند الحاجة.

1/1



سلمت هذه الشهادة عبر البوابة الإلكترونية: khadamaty.social.gov.ma

للتحقق من صحة الشهادة ومضمونها، يرجى زيارة الرابط التالي khadamaty.social.gov.ma/verify، وإدخال رمز التحقق.

رمز التحقق: BK72842070792



DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession : Aucune

Bénéficie-t-il d'une Couverture Médicale ou d'assistance ? ☐ Oui ☒ Non

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ?

Bénéficie-t-il d'une Couverture Complémentaire ☐ Oui ☒ Non

Est-il affilié à la CNSS (si oui mentionner le N°) : ☐ Oui ☒ Non - Numéro :

Est-il affilié à la CMR (si oui mentionner le N°) : ☐ Oui ☒ Non - Numéro :

Je déclare sur l'honneur exactes et sincères les réponses ci-dessus.

Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux dispositions en vigueur.

Fait à Casablanca Le 15/04/2024

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Fiche Administrative Adhérent

Code : PR2FR05
Version : 01
Date : 24/06/2022

ADHERENT

Nom : EL AIDI Prénom : KELTOUM
Adresse : FERDIAUS GH: 17 277: 195 App: 16 N° CIN :
Sexe : ☒ M ☐ F Situation de Famille : VEUVE
Fonction actuelle : Aucune Date de Naissance : 10/10/1964
Date d'entrée en fonction : Matricule :
N° GSM : 06-19-53-81-55 Tél FIXE :
Email :

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe		Date de Naissance	Profession			
	CC 1		M	F					
	CC 2		M	F					
	CC 3		M	F					
	CC 4		M	F					
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe		Date de Naissance	Scolarisé (e)		Célibataire	
	E 01	<u>EL HOUSSEINE</u>	M	F	<u>05/01/2004</u>	OUI	☒	OUI	NON
	E 02		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 03		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 04		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 05		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 06		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 07		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 08		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 09		M	F		OUI	NON	OUI	NON
	E 10		M	F		OUI	NON	OUI	NON