

CERTIFICAT MEDICAL

**Complémentaire en vue de l'attribution
d'une carte de stationnement pour personne handicapée**

BENEFICIAIRE :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....
.....

Périmètre de marche :

(merci d'indiquer la distance en mètres maximum parcourue sans nécessité de s'arrêter)

..... mètres.

Recours systématique à une aide pour les déplacements extérieurs :

- Oui aide humaine 1 canne 2 cannes déambulateur
 autre système à manipuler avec les membres supérieurs
(préciser)
 fauteuil roulant
- Non

Recours systématique lors de tout déplacement extérieur à une oxygénothérapie :

- Oui Non

La personne ne peut effectuer aucun déplacement seule du fait d'une atteinte mentale, cognitive, psychique ou sensorielle :

- Oui Non

Date :

Signature et cachet du Médecin