

CERTIFICAT MEDICAL

Complément en vue de l'attribution de la Carte Européenne de Stationnement pour personnes handicapées
A compléter par votre médecin

BENEFICIAIRE

Nom Marital : Prénom :

Nom de Jeune Fille :

Date de Naissance :

Numéro de dossier MDPH :

<u>Diagnostic précis de la pathologie</u>	<u>Déficiences précises</u>

Station Debout pénible (durée) :

Périmètre de marche :

Amputé(e) appareillé(e) :

- OUI
- NON

Tolérance :

Appareillage :

- 1 Canne
- 2 cannes
- Déambulateur
- Fauteuil roulant manuel
- Fauteuil roulant électrique
- Orthèse(s) : types, description

Oxygénothérapie (type, durée, diurne, nocturne) :

Déficience mentale, ne peut utiliser les transports en commun qu'accompagné par une tierce personne

Date

Signature

Cachet indispensable du Médecin