

# 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