



# CERTIFICAT MEDICAL

Uniquement pour les personnes ne possédant pas de carte d'invalidité égale ou supérieure à 80%

Ce certificat, rempli par votre médecin traitant ou médecin spécialiste, doit être mis sous pli fermé dans une enveloppe sur laquelle vous inscrivez vos nom et prénom avec la mention CONFIDENTIEL.

Nom .....	Prénom .....
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Né(e) le ...../...../.....

**1. NATURE DE L'AFFECTION JUSTIFIANT LA DEMANDE :** faire une description détaillée

.....

.....

.....

DUREE de l'handicap invalidant :         PERMANENTE         TEMPORAIRE

Si oui, indiquer la durée prévisionnelle du handicap.....

**2. TROUBLE FONCTIONNEL ET/OU MENTAL PRINCIPAL :**

.....

.....

.....

**3. POSSIBILITES EVOLUTIVES :**

.....

.....

.....

**4. PROBLEMES MEDICAUX ASSOCIES :**

.....

.....

.....

**5. BILAN FONCTIONNEL**

<input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre	<input type="checkbox"/> Trouble de la marche
<input type="checkbox"/> Trouble de l'orientation	<input type="checkbox"/> Trouble de la vue
<input type="checkbox"/> Autre, préciser .....	

**6. USAGE de CANNES ou DEAMBULATEUR pour les déplacements ?**  NON

- en permanence  OUI  NON

- de façon intermittente  OUI  NON

Préciser la durée jusqu'au.....

**7. STATION DEBOUT possible pendant un temps limité ?**  OUI  NON

**8. FRANCHISSEMENT de MARCHES possible ?**  OUI  NON

**9. USAGE d'un FAUTEUIL ROULANT obligatoire pour les déplacements ?**

- en permanence  OUI  NON

- de façon intermittente  OUI  NON

Préciser la durée jusqu'au.....

**10. AIDE EXTERIEURE indispensable pour les déplacements ?**

- en permanence  OUI  NON

- seulement pour l'installation dans le véhicule  OUI  NON

**11. LA PERSONNE EST ELLE APTE A EMPRUNTER LE RESEAU DES AUTOBUS URBAINS ?**

- seule  OUI  NON

- accompagnée  OUI  NON

**12. OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES**

.....  
.....  
.....

Fait à ..... le ...../...../.....

NOM DU MEDECIN .....

Signature

CACHET