

MLPH
836, avenue Éloi Ducom
40025 MONT DE MARSAN Cedex
Tel : 05 58 51 53 73
Fax : 05 58 46 12 54

CERTIFICAT MEDICAL
(Pour les demandes de carte mobilité inclusion- mention stationnement)

NOM : _____ N°dossier : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____

HANDICAP PRINCIPAL JUSTIFIANT LA DEMANDE

Diagnostic :

Description :

CONSEQUENCES SUR LES DEPLACEMENTS A PIED

1) PERIMETRE DE MARCHÉ :

Distance parcourue en mètres :

2) AIDES NECESSAIRES :

	oui	non
Aide d'une canne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide de deux cannes ou d'un déambulateur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèse de membre inférieur pour amputation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxygène-thérapie permanente :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessité d'une personne accompagnante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Certificat délivré par le Docteur :

Date: _____ Signature : _____

Cachet :