



**CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE DE L'OBTENTION DE LA CARTE EUROPÉENNE
DE STATIONNEMENT POUR PERSONNE HANDICAPÉE**

Formulaire à remplir exclusivement par le médecin

NOM et PRÉNOM

NÉ(e) LE:

ADRESSE:

NUMÉRO M.D.P.H :

PATHOLOGIE PRÉSENTÉE :

- Station debout pénible
si limitation chiffrez la durée
- Périmètre de marche
si limitation chiffrez en mètres
- Montée-descente d'escaliers
si limitation donnez le nombre d'étages
- Appareillages nécessaires pour les déplacements :
si oui précisez lesquels
- Oxygénothérapie
si oui chiffrez le débit et la durée
- Déplacements : seul possible seul impossible
- Nécessité d'accompagnement pour trajets simples complexes
- Utilisation de transports en commun : seul possible seul impossible
accompagné possible accompagné impossible
- Conduite automobile : possible impossible
sur véhicule classique aménagé

OBSERVATIONS :

Date:

Signature et cachet du médecin (indispensable)