

**CERTIFICAT MEDICAL EN VUE DE L'OBTENTION DE LA CARTE EUROPEENNE  
DE STATIONNEMENT POUR PERSONNE HANDICAPEE**

**Formulaire à remplir exclusivement par le médecin**

NOM et PRENOM :  
ADRESSE :

NE(e) LE :

NUMERO M.D.P.H. :  
-----

**PATHOLOGIE PRESENTEE :**  
-----

- 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)