

CERTIFICAT MEDICAL

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____

1)- ETIOLOGIE DE L'AFFECTION entravant gravement les capacités de marche

2)- UTILISE-T-ELLE/IL DANS SES DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR :

1 fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois
2 cannes béquilles	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois
1 canne	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois
1 déambulateur	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois
Autre (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois

3)- QUEL EST LE PERIMETRE DE MARCHÉ (indispensable) : _____

LA DUREE DE MARCHÉ POSSIBLE SANS PAUSE ? _____

4)- A-T-ELLE/IL BESOIN POUR SES DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR DE L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE TIERCE PERSONNE ?

Du fait :

- D'une déficience mentale profonde Oui Non
- D'une cécité Oui Non

Joindre les résultats d'un examen ophtalmologique, s'il n'a pas été fourni auparavant

- Autres déficiences, à préciser : _____

5)- DOIT-ELLE/IL TRANSPORTER UN MATERIEL ENCOMBRANT NECESSAIRE À SES DEPLACEMENTS ?

(Exemple : oxygénothérapie ambulatoire) Oui Non

Lequel ? : _____

NB/ Certificat donné en main propre au patient pour faire valoir ce que de droit.

Cachet

Date :

Signature :