

**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 :**