



Maison Départementale  
des Personnes Handicapées

## CERTIFICAT MEDICAL

En vue de l'attribution d'une carte de stationnement  
pour personne handicapée

**BENEFICIAIRE :**

**DOSSIER N°:**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Périmètre de marche** (distance maximum parcourue en mètres, sans nécessité de s'arrêter) :  
..... mètres

Recours **systematique** à une aide lors des **déplacements extérieurs** :

- OUI (préciser)  NON
- aide humaine
  - 1 canne
  - 2 canne
  - déambulateur
  - fauteuil roulant
  - autre (à préciser) .....

Recours **systematique** à l'oxygénothérapie lors des **déplacements extérieurs** :

- OUI  NON

La personne **ne peut** effectuer seule **aucun déplacement** du fait d'une atteinte mentale, cognitive, psychique ou sensorielle :

- OUI  NON

La personne nécessite lors de ses déplacements à l'extérieur une surveillance régulière pour éviter de se mettre en **danger** :

- OUI  NON

Date :

Signature et cachet du médecin