



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** :

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI (préciser)           | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> aide humaine             |                              |
| <input type="checkbox"/> 1 canne                  |                              |
| <input type="checkbox"/> 2 canne                  |                              |
| <input type="checkbox"/> déambulateur             |                              |
| <input type="checkbox"/> fauteuil roulant         |                              |
| <input type="checkbox"/> autre (à préciser) ..... |                              |

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

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

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

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

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

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

Date :

Signature et cachet du médecin