

**Certificat Médical
Transport de Personne à Mobilité Réduite**

Ce certificat, rempli par votre médecin traitant ou médecin spécialiste, doit être mis sous pli fermé à l'aide de l'enveloppe ci-jointe, sur laquelle vous inscrivez vos nom et prénom.

NomPrénomSexeNé(e) le

I - Nature de l'affectation justifiant la demande : faire une description détaillée et mentionner s'il y a lieu, la durée du handicap invalidant :

II - Trouble fonctionnel et/ou mental principal :

III - Possibilités évolutives :

IV - Problèmes médicaux associés :

V - Bilan fonctionnel lié aux affections décrites ci-dessus :

* Trouble de l'équilibre (debout et/ou assis)

OUI	NON
-----	-----

entourer la case exacte

* Nature, intensité

VI - Si marche possible

* Usage de cannes ou déambulateur Permanent
Momentané

OUI	NON
OUI	NON

entourer la case exacte

Préciser la durée : jusqu'au

* Usage intermittent d'un fauteuil roulant

OUI	NON
-----	-----

entourer la case exacte

Préciser la durée : jusqu'au

* Usage obligatoire d'un fauteuil roulant

OUI	NON
-----	-----

entourer la case exacte

si OUI :

fauteuil manuel	fauteuil électrique
-----------------	---------------------

entourer la case exacte

* Station debout possible pendant un temps limité

OUI	NON
-----	-----

* Franchissement de marches possible

OUI	NON
-----	-----

entourer la case exacte

Sur une échelle de 1 à 10, indiquer le degré d'autonomie de la personne

--

VII - Si Marche impossible

* Pour quelle raison :

VIII - Une aide extérieure est-elle indispensable pour accéder aux bus LIBERTIS

* A titre de surveillance uniquement

OUI	NON
-----	-----

* Pour l'installation dans le véhicule LIBERTIS

OUI	NON
-----	-----

entourer la case exacte

Dans tous les cas, la personne ne pouvant accéder au bus et s'asseoir seule devra prévoir, lors de ces déplacements avec le service "LIBERTIS", un accompagnateur personnel.

Date et signature du médecin,