

Cadre réservé au médecin conseil référent PA

Nom du médecin :

Avis : Favorable Non favorable

Durée : Définitive Autres :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL POUR UNE DEMANDE DE CARTE DE STATIONNEMENT

Merci de cocher la/les case(s) correspondant à la situation médicale actuelle

NOM DE LA PERSONNE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

La personne présente :

- une déficience mentale et/ou psychique nécessitant l'accompagnement systématique d'une tierce personne
- une cécité nécessitant l'accompagnement d'une tierce personne
- un recours à une oxygénothérapie lors de tous ses déplacements extérieurs
- une déficience motrice limitant la capacité de déplacement avec un recours systématique à une aide technique pour tous ses déplacements extérieurs (cannes, déambulateur, fauteuil roulant manuel ou électrique, prothèse externe)

Périmètre de marche estimé à : **mètres**

La durée prévisible des difficultés est :

- inférieure à 1 an
- de ans
- définitive

La Roche-sur-Yon, le

Cachet médical et signature