



Rapport médical concernant la mobilité réduite

Requérant(e)

Nom :

Prénom : Date de naissance :

Rue :

No postal / Localité :

1. Genre de handicap moteur

Le handicap moteur se manifeste par le fait que la personne handicapée ne peut, de manière permanente ou pour une période temporaire **d'au moins six mois**, se déplacer à pied que sur une distance **ne dépassant pas 200 mètres** environ, soit avec des moyens auxiliaires spéciaux, soit en étant accompagnée. Il s'agit là d'une mobilité réduite dont la cause peut être imputable à l'appareil moteur des jambes (handicap direct) ou au système respiratoire ou sanguin (handicap indirect).

handicap direct

handicap indirect

Brève description du genre d'handicap :

.....

Moyens auxiliaires utilisés :

2. Handicap

passager (durée du handicap temporaire avec une date précise ou nombre de mois :))

évolutif / s'aggravant

permanent / symptômes constants

3. Le/la requérant(e) est apte à conduire le véhicule suivant :

3.1 aucun véhicule, car il n'est pas ou plus en possession d'un permis de conduire

3.2 un véhicule sans modification

3.3 uniquement un véhicule avec boîte de vitesses automatique *

3.4 uniquement un véhicule modifié / adapté * :

pour utilisation sans bras gauche

pour utilisation sans bras droit

pour utilisation sans jambe gauche

pour utilisation sans jambe droite

pour utilisation sans jambes

* inscription obligatoire contre paiement dans le permis de conduire si aucune annotation n'est saisie

4. Remarques

.....

.....

Lieu et date

Sceau et signature du médecin

.....

.....

L'exigence d'un examen par un médecin-conseil reste réservée