



Demande d'octroi d'une carte de parcage pour personnes à mobilité réduite. A remplir par le Médecin !

Nouvelle demande

Prolongation

La demande doit être déposée au nom de la personne handicapée ou du détenteur du véhicule de l'institution et être signée personnellement par ces personnes (prière de remplir en majuscules ou à la machine à écrire et cocher les cases qui conviennent).

Prénom : Nom : Date de naissance :

Rue : NPA - Lieu :

Téléphone : Mobile :

Numéro de plaque du véhicule :

Conduit même : oui non

Photo (35x45 mm) : en annexe détenteur d'un permis de conduire au format carte de crédit

Rapport médical concernant la mobilité réduite : ✓ en annexe

Remarque(s) :

.....

.....

.....

Ou

Désignation de l'institution :

Adresse et lieu :

Téléphone :

Numéro de plaques :

Motif des trajets :

Fréquence des trajets :

Nombre de personnes transportées en moyenne :

Celui qui, en donnant des renseignements inexacts, en dissimulant des faits importants ou en présentant de faux certificats, aura obtenu frauduleusement un permis ou une autorisation, fera l'objet d'une plainte et sera puni d'emprisonnement ou de l'amende (art. 97 LCR) et devra s'attendre au retrait ou au refus de l'autorisation (art. 16 LCR).

Date et signature



Rapport médical concernant la mobilité réduite

Requérant (nom et adresse)

.....
.....
.....
.....

1. Genre de handicap selon le point 3 de la directive de la Commission Intercantonale de la circulation routière (CICR)

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 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).

Genre du handicap :

Moyens auxiliaires utilisés :

2. Le handicap est

passager

évolutif / s'aggravant

permanent / symptômes constants

Durée minimum du handicap :

3. Remarque(s) :

.....
.....
.....
.....

Lieu et date :	Signature et timbre du médecin
----------------	--------------------------------