



Certificat médical

Nom : _____ Prénom : _____

H F

Date de naissance : _____ N° AVS : _____

N° et nom de l'assurance accident : _____

N° et nom de l'assurance LaMal : _____

N° et nom de l'assurance complémentaire : _____

Adresse du domicile

Adresse : _____ Localité & NP : _____

Si adresse du domicile de résidence

Adresse : _____ Localité & NP : _____

La personne mentionnée ci-dessus est dans l'incapacité d'utiliser les moyens de transport publics en raison de son handicap. Sa prise en charge nécessite l'utilisation d'un transport adapté ainsi qu'un accompagnement personnalisé.

Certificat valable Du _____ au _____

Remarques :

Lieu : _____ Date : _____

Tampon et signature du médecin

***Ce document doit impérativement être daté et signé par le médecin.**

