

CONFIDENTIEL

CERTIFICAT MEDICAL

Destiné à être joint à une demande d'accès au service Handibus

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Adresse : _____

Je soussigné, docteur _____, certifie que l'état de santé de Madame/
Monsieur _____ nécessite l'utilisation du service handibus
pour un accompagnement :

- A ses rendez-vous médicaux
- A l'accompagnement aux courses
- Autres : _____

En effet, Madame/ Monsieur rencontre la (les) difficulté(s) suivante (s) :

- Mobilité réduite (merci de préciser s'il y a un fauteuil ou un déambulateur)
- Non ou mal voyant
- Maladie neuro-dégénérative
- Handicap psychique
- Isolement

Fait à _____

Le : __ / __ / ____

Signature du médecin et cachet