



# Certificat Médical

« Ce document doit être complété et signé par votre médecin traitant »

Nouveau Client de Help Transports,

## Informations concernant le/la client(e) :

Monsieur  Madame

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Est dans l'incapacité de prendre les transports de manière autonome. La prise en charge et les déplacements nécessitent impérativement les Services de Help Transports

### Informations sur l'état de santé

- Handicap physique
- Handicap mental (préciser)
- Accident
- Handicap temporaire
- Handicap permanent

### Informations concernant la mobilité

- Fauteuil roulant
- Fauteuil roulant XL ou électrique
- Déambulateur - Rollator
- Béquilles/canne
- Autres : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

### En situation d'handicap

*Définitif*                       *Temporaire*

Certificat Valable                      du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Certificat Permanent                     

Lieu : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_                      Timbre et signature du médecin (**obligatoire**)