



Nouvelle demande

Renouvellement

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

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

Adresse : \_\_\_\_\_

NPA et localité : \_\_\_\_\_

Lieu d'origine : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Merci de joindre une photo passeport récente**

**Emolument : 20.-**

# Rapport médical concernant les facilités de parcage en faveur de personnes à mobilité réduite

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## Le certificat doit être complété lisiblement

Genre de handicap / degré :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La personne susmentionnée peut-elle parcourir à pied de courtes distances (200 à 300 mètres) sans être accompagnée ou sans l'aide de moyens spéciaux.

oui  non (dans la négative, répondre aux questions suivantes)

de façon définitive

de façon temporaire

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(si pas précisé, à renouveler après 1 année)

infirme moteur transporté par un tiers

conducteur infirme moteur, si oui :

➤ le handicap nécessite une adaptation du véhicule  oui  non

Remarques :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lieu et date :

Signature et timbre du médecin :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_