

# CERTIFICAT MEDICAL DE HANDICAP TEMPORAIRE

(à remplir par votre médecin traitant)

## IDENTITE DU PATIENT

Mme  Mlle  M.  Sexe: F  M

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

## IDENTITÉ DU MEDECIN (CACHET)

Nom du médecin traitant : .....

Tél : .....

Nota : Le service **kar'ouest Mouv'** ne se substitue en aucun cas aux transports pris en charge par des organismes tels que la Sécurité Sociale nécessitant un transport adapté (ambulance ou autre).

Je soussigné(e), .....,  
atteste que le patient .....est atteint d'un handicap  
physique sévère temporaire nécessitant l'utilisation d'un fauteuil roulant et que ce handicap ne lui permet  
pas, pour se déplacer, d'utiliser un moyen de transport individuel (voiture particulière, taxi, ...) ou collectif  
(réseau de transport public **kar'ouest**). Il doit par conséquent bénéficier d'un transport public adapté  
du ..... au .....(durée maximale de trois mois).

Fait à ....., le.....

*Signature et cachet du médecin*