



le réseau qui rapproche

Proxim iTi, 56 place de l'Hôtel de Ville 74130 BONNEVILLE	Site internet : www.proximiti.fr Email : contact@proximiti.fr
TRANSPORT A LA DEMANDE	Année : 2018-2019
Certificat médical pour personne à mobilité réduite	

i A compléter par l'utilisateur

Nom :	
Prénom :	Date de naissance :
Nom et prénom du représentant légal :	
Adresse :	
Téléphone :	Portable :
Email :	
N° de sécurité sociale :	
Type de véhicule <input type="checkbox"/> voiture particulière <input type="checkbox"/> U.F.R (fauteuil roulant non pliant)	

i A compléter par l'accompagnateur de l'utilisateur (si besoin)

Nom :	
Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	
Téléphone :	Portable :

i Observations du médecin

Je soussigné (e) (NOM du Médecin) :
Certifie que l'état de santé de :
Ne permet pas d'utiliser le réseau de transport , de point d'arrêt à point d'arrêt, et demande à ce que cette personne puisse bénéficier du service PMR de porte à porte pour les 15 jours à venir.

i Fait à : Le : Signature et cachet :

--	--	--