



## DEMANDE DE FACILITÉ DE PARCAGE



### Nouvelle demande

(Dossier à créer, remplir les rubriques 1 à 6,  
joindre une photo passeport)

### Renouvellement

(Joindre dossier et ne mentionner que les éléments ayant changés – rubriques 4, 5 et 6)

## Merci d'écrire lisiblement

1. Nom : .....

2. Prénom(s) : .....

3. Date de naissance : .....

4. Adresse : .....

5. NPA et localité : .....

6. Rapport médical : Annexé .....

## Joindre une photo récente

Date : .....

Signature : .....



## DEMANDE DE FACILITÉ DE PARCAGE

### 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 :