

Certificat Médical

Cher/Chère nouvel(le) client(e) Handi Valais,

Pour la protection de vos données ceci est un document interne strictement confidentielle.

(Ce document est à faire remplir + signé par votre médecin traitant.)

Mr./Mme : _____

Ne peut en aucun cas prendre les transports de manière autonome.

Sa prise en charge ainsi que sont déplacement nécessite obligatoirement les services
Handi Valais

Indications médicales	Moyens Auxiliaires
<input type="checkbox"/> Handicap Physique (à préciser) _____ <input type="checkbox"/> Handicap Mental <input type="checkbox"/> Handicap Psychique <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Malvoyant / Aveugle <input type="checkbox"/> Dialyses <input type="checkbox"/> Perte de mémoire / Alzheimer	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> Béquilles <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Déambulateur

Diagnostic : _____

En situation d'handicap

Définitif *Temporaire*

Certificat Valable du _____ au _____

Certificat Permanent

Lieu, Date : _____

**Timbre + Signature du médecin
(obligatoire)**