



ville-rouvroy62.fr

ROUVROY62



Transport solidaire

Personnes âgées ou à mobilité réduite

Identification du patient :

Nom :

Prénom:

Adresse:

Date de naissance:

Je soussigné, Docteur..... atteste avoir examiné le patient cité ci-dessus et déclare que ce dernier:

- Ne présente aucune difficulté pour monter et descendre d'un véhicule sans l'aide d'une tierce personne.
- Présente des difficultés pour monter et descendre d'un véhicule sans l'aide d'une tierce personne.

Fait à:

Signature:

le :