Golfe du Morbihan – Vannes Agglomération
Direction des Transports
PIBS 2 – 30 rue Alfred Kastler
CS 70206
56006 VANNES CEDEX
Tél : 02 97 68 14 24
Fax : 02 97 68 14 25
E-mail : transport@gmvagglo.bzh

TRANSPORT DES PERSONNES A MOBILITE REDUITE

MOBICÉO

CERTIFICAT MEDICAL

Ce certificat médical, rempli par votre médecin traitant, doit être mis ***sous pli fermé à l'aide de l'enveloppe ci-jointe portant vos nom et prénom***.
Cette enveloppe ne peut être ouverte que par le médecin référent de Golfe du Morbihan – Vannes Agglomération.

NOM ..... Sexe F ☐

Prénom ..... M ☐

Né (e) le .....

Nature de l'affection justifiant la demande :
(description détaillée)

Trouble fonctionnel principal :

Possibilités évolutives :

Problèmes médicaux associés (si nécessaire) :

BILAN FONCTIONNEL

Equilibre assis oui ☐ non ☐

Si marche possible

- périmètre de marche : .....
- Aides techniques à la marche (cannes…) .....

  .....
- Station debout possible pendant un temps limité oui ☐ non ☐
- Franchissement de marches possible oui ☐ non ☐
- Trouble de l'équilibre oui ☐ non ☐

  Nature, intensité.....

  .....

Si marche impossible

- Pour quelle raison ? : .....

  .....

  .....
- Usage d'un fauteuil roulant oui ☐ non ☐
- A commande - manuelle oui ☐ non ☐
  - électrique oui ☐ non ☐

Une aide à la marche est-elle indispensable ?

- A titre de surveillance permanente oui ☐ non ☐

  Pourquoi .....

  .....
- Seulement pour l'installation dans le véhicule oui ☐ non ☐
- Pour quelle raison

  Défaut d'équilibration oui ☐ non ☐

  Laquelle.....

Date cachet signature du médecin