

ANNEXE n° 2 nouvelle : **Certificat médical**

A joindre à toute demande de carte de stationnement pour personnes handicapées adressée au service de proximité de l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre (ONACVG).

Articles L. 241-3, R. 241-20 et R. 241-20-1 du code de l'action sociale et des familles et arrêté du 3 janvier 2017 relatif aux modalités d'appréciation d'une mobilité pedestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement individuel.

A l'attention du médecin

Votre patient souhaite bénéficier d'une carte de stationnement pour personnes handicapées.

En sa qualité de ressortissant du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et conformément au code de l'action sociale et des familles, une carte pourra lui être délivrée par le préfet de son département après instruction de sa demande par le service de l'ONACVG dont il relève.

La carte de stationnement pour personnes handicapées est attribuée à titre définitif ou pour une durée déterminée ne pouvant être inférieure à un an à toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements.

Ce certificat reprend les critères d'appréciation d'une mobilité pedestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement individuel d'une personne pris en compte pour l'attribution de la carte (un seul critère suffit). Ils sont définis par l'arrêté du 3 janvier 2017 cité supra.

Ce certificat médical est à remettre à votre patient. Il est indispensable pour l'étude de ses droits par le service de l'ONACVG habilité à en connaître.

A remplir par le patient

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Titulaire d'une pension militaire d'invalidité :

☐ OUI ☐ NON

Titulaire d'une pension civile d'invalidité :

☐ OUI ☐ NON

A remplir par le médecin

1. Capacité et autonomie de déplacement individuel du patient

Périmètre de marche inférieur à 200 mètres	☐ OUI ☐ NON
Recours systématiquement à une aide pour les déplacements extérieurs	☐ OUI* ☐ NON
*Préciser :	
☐ aide humaine ☐ une canne ☐ deux cannes ☐ déambulateur ☐ fauteuil roulant ☐ prothèse de membre inférieur ☐ véhicule pour personnes handicapées	
Recours à une oxygénothérapie lors de tous les déplacements extérieurs	☐ OUI ☐ NON
Nécessité de l'accompagnement d'une tierce personne dans les déplacements*	☐ OUI ☐ NON
* Concerne les personnes atteintes d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle ne pouvant se déplacer seules sans se mettre en danger y compris après apprentissage ou nécessitant une surveillance régulière pour se déplacer. Pour les enfants, le risque ou le besoin s'apprécie par référence à un enfant du même âge sans déficience. En cas de déficience sensorielle, l'accompagnement doit être nécessaire pour effectuer le déplacement lui-même et s'imposer par le risque d'une mise en danger. Cette condition n'est habituellement pas remplie pour une personne qui présente une déficience auditive isolée.	

2. Durée prévisible de la réduction de la capacité et de l'autonomie de déplacement du patient* :

- | | | | | |
|---|--------------------------------|--|--|---|
| ☐ Moins de un an | ☐ Un an | ☐ Un à deux ans | ☐ Deux à cinq ans | ☐ Cinq à dix ans |
| ☐ Définitive | | | | |

** Permet de déterminer la durée d'attribution de la carte.*

3. Coordonnées et signature:

Docteur (Nom – Prénom) :

Médecin traitant : ☐ OUI ☐ NON

Identifiant RPPS:

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

Certificat rédigé à la demande du patient ou de son représentant légal et remis en main propre le :

Fait à

Signature et cachet du médecin
--