



Certificat médical

Nom : Prénom :
Adresse : NP/ localité :
Date de naissance : N°AVS :
Institution de résidence :
Unité-bâtiment :
Adresse : NP/ localité :
Assurance : N° d'assuré :
N° de carte : N° police :

Pour des raisons de santé la personne susmentionnée ne peut pas empreinter le transport en commun et nécessite l'utilisation des services mise à disposition par Voie Verte Transport Adapté

Certificat valable du au

Type de l'handicap (maladie)

Physique Malvoyant-Aveugle
Mental / psychique Troubles cognitifs

Remarques :

Moyens auxiliaires

Fauteuil roulant électrique Rollator
Fauteuil roulant manuel Déambulateur
Béquilles - Cannes Lit (Couchette de VVTA)

Lieu Date

Tampon et Signature du médecin