



**Fil TAD PMR
Certificat médical**

A compléter par l'utilisateur

NOM(s)* : M. , Mme (1)	
Prénom(s)* :	
Date de naissance :	
Adresse* :	
Code postal* :	Commune* :

A compléter par l'accompagnateur de l'utilisateur (si besoin)

NOM(s)* : M. , Mme (1)	
Prénom(s)* :	
Adresse* :	
Code postal* :	Commune* :
Téléphone fixe : / / / /	et / ou Téléphone portable : / / / /

Observation du médecin

Je soussigné (e) (NOM du Médecin) * : _____
Adresse : _____
<i>Certifie que l'état de santé de (Nom, prénom de l'usagers), Mme ou M _____ ne permet pas d'utiliser le réseau de transport Le fil, de point d'arrêt à point d'arrêt, et demande à ce que cette personne puisse bénéficier du service TAD PMR de porte à porte pour les _____ jours ou _____ mois à venir »</i>
<i>Observations particulières (si besoin) :</i>

Fait le, _____ Cachet et signature du Médecin

