

## CERTIFICAT MÉDICAL

Nom et prénom du requérant :

.....

N° Matricule : .....

Le requérant :

- est **incapable** de marcher de façon continue plus de 100 mètres :  oui  non

- **se déplace** avec :  une canne  des béquilles  un cadre de marche/rolator  un fauteuil roulant

- est **aveugle** ou gravement malvoyant malgré une correction optique optimale  oui  non

**1. Antécédents et description détaillée du handicap justifiant l'obtention d'une carte de stationnement**

**2. Le handicap est définitif  ou provisoire**

**3. Le requérant est titulaire d'un permis de conduire  non  oui**

Certificat établi par le Docteur: ..... le .....  
(cachet et signature du médecin)

**Demande pour l'obtention d'une carte de stationnement  
pour personnes handicapées**

**Ministère du Développement durable  
et des Infrastructures  
Département des transports  
L-2938 Luxembourg**

**Je soussigné(e)**

Nom et prénom :

.....

N° Matricule :

.....

Date de naissance :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

N° téléphone :

.....

**sollicite par la présente,**

- une carte de stationnement pour personnes handicapées
- le renouvellement d'une carte de stationnement pour personnes handicapées

Je vous transmets au verso le certificat médical prévu à cet effet

**Prière de joindre une photo d'identité récente à votre demande**

Date : ..... 20.....

Signature du requérant ou du tuteur :