

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 :