

FICHE D'AUTONOMIE A LA MARCHÉ (à remplir par votre médecin)

Document nécessaire à l'étude de la demande de Carte Mobilité Inclusion mention stationnement

Cher Confrère,

Pour nous permettre de donner suite à la demande de :

M. / Mme / Melle _____

né(e) le _____ âge _____

l'équipe médicale de la MDPH a besoin des renseignements complémentaires suivants :

- **Périmètre de marche en terrain plat** : _____ mètres.

- **Difficulté au franchissement d'obstacle modéré**

- **Trottoir** Oui / Non
- **3 marches d'escalier** Oui / Non

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
* Nécessité d'une aide humaine	☐	☐
- Systématique	☐	☐
* Nécessité d'une aide technique	☐	☐
- Systématique	☐	☐
* Préciser :		
- Canne	☐	☐
- 1 Canne béquille	☐	☐
- 2 Cannes béquilles	☐	☐
- Déambulateur	☐	☐
- Fauteuil Roulant	☐	☐
* Oxygénothérapie lors des déplacements	☐	☐
* Autre Handicap imposant l'accompagnement	☐	☐
- Déficience mentale	☐	☐
- Cécité	☐	☐
- Autres : Préciser _____		

Concernant les adultes :

* Bénéficiaire de la majoration tierce personne ☐ ☐
(3ème Catégorie Sécurité Sociale)

* Bénéficiaire de l'APA ☐ ☐

Si oui, précisez le GIR : _____

Fait le : ____/____/____

Signature et cachet du médecin

Document à transmettre à l'attention de l'équipe d'évaluation
MDPH du Puy-de-Dôme
11, Rue Vaucanson 63100 CLERMONT-FERRAND
Mail : mdph@mdph63.fr
Mon sisra : mdph63@aura.mssante.fr