David Transport

Accompagnement adapté à votre mobilité

Certificat médical

Nom: _____ **Prénom:** _____ **H** ◯ **F** ◯

Date de naissance: _____ N° AVS: _____

N° et nom de l'assurance accident: _____

N° et nom de l'assurance LaMal: _____

N° et nom de l'assurance complémentaire: _____

Adresse du domicile

Adresse: _____ Localité & NP: _____

Si adresse du domicile de résidence

Adresse: _____ Localité & NP: _____

Son handicap ne permet pas à la personne susmentionnée de se déplacer à l'aide des transports publics. Sa prise en charge nécessite l'utilisation de transport adapté.

Certificat valable Du _____ **au** _____

Remarques:

Lieu: _____ **Date:** _____

Tampon et signature du médecin

*Ce document doit impérativement être daté et signé par le médecin.

© David Transport Sàrl Tous droits réservés.