



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.**