



# 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.**