

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr, Docteur en médecine, certifie avoir examiné :


M/Mme (*rayer la mention inutile*)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Je certifie que mon/ma patient(e) :

- N'est pas en mesure de prendre le transport public  **DistriBus** proposé par Saint-Louis Agglomération ;
- Présente une mobilité réduite temporaire* (inférieure à 3 mois).

Par conséquent, mon/ma patient(e) nécessite l'accès au transport public adapté **DistriFlex+** proposé par Saint-Louis Agglomération**, pour une période de (3 mois maximum), allant du au

**En cas de mobilité réduite permanente, il convient d'établir pour son patient un dossier de demande de Carte Mobilité Inclusion, mention « invalidité » auprès des MDPH ou de l'APA, selon le cas.*

*Le bénéficiaire de la carte CMI pourra alors être inscrit au service **DistriFlex+** de manière permanente (ou à durée limitée selon les indications prévues sur sa carte).*

*** si le déplacement prévu entre dans le cadre du référentiel de prescription des transports et que mon/ma patient(e) peut bénéficier d'une prescription médicale de transport pris en charge par l'assurance maladie (CPAM, MSA), alors il convient de lui prescrire en priorité un bon de transport.*

Fait à, le

Signature et tampon du médecin