

DATE

DEMANDE
POUR L'OBTENTION D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT
POUR PERSONNES HANDICAPEES

MINISTERE DES TRANSPORTS

à l'attention de Monsieur
le médecin-directeur

L-2938 LUXEMBOURG

Je soussigné(e)

NOM: _____

PRENOM: _____

RUE: _____

LOCALITE ET CODE POSTAL: _____

TEL: _____

né(e) le: _____ à _____

sollicite par la présente, l'autorisation d'usage d'une carte de stationnement pour personnes handicapées.

Je vous transmets en annexe le certificat médical, prévu à cet effet.

Conformément aux termes de l'article 1er du règlement grand-ducal du 14 septembre 1999 concernant la création et l'utilisation d'une carte de stationnement pour personnes handicapées, je certifie:*

- être incapable de faire seul et/ou de façon continue plus de 100 m
- me déplacer à l'aide de béquilles ou d'une chaise roulante
- être aveugle

Veillez joindre une photo d'identité récente à votre demande.

signature du requérant ou du tuteur

* cocher ce qui convient
Au verso: certificat médical

CERTIFICAT MEDICAL

concernant: _____

adresse: _____

No matricule: _____ Date: _____

permis de conduire: oui non, si oui, numéro du permis de conduire: _____

1. Diagnostic précis de l'affectation d'origine du handicap:

2. Début de l'affectation: _____

3. Description sommaire du handicap:

4. Le handicap est définitif ou provisoire .

5. Si le requérant possède un permis de conduire, (numéro de permis: _____)

aptitude à conduire: oui non

réserves éventuelles (p. ex. aménagement spécial du véhicule):

(cachet et signature du médecin)

Réservé à l'Administration:

- L'intéressé est à convoquer au Contrôle Médical de l'Administration de la Sécurité Sociale.
- L'intéressé est à convoquer devant la Commission médicale des permis de conduire.