



Certificat médical – transport adapté

À compléter par votre médecin traitant

Ce certificat atteste d'un besoin de transport adapté. Il ne garantit pas la prise en charge par l'assurance.

1) Patient(e)

Madame Monsieur

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nom : _____

Prénom : _____

2) Justification de la prise en charge

Indiquez les limitations rendant nécessaire un transport adapté (véhicule PMR, aide à l'installation). Le diagnostic détaillé n'est pas requis.

Le/la patient(e) ne peut pas utiliser les transports publics / un véhicule standard et nécessite les services de JoMob pour les raisons suivantes :

Handicap physique

Accident

Traitement médical

Handicap / Maladie psychique

Malvoyant / Aveugle

Autre : _____

Moyens auxiliaires :

À pied (autonome)

Béquilles / Cannes

Fauteuil roulant manuel

Rollator / Cadre de marche

Fauteuil roulant électrique

Besoin d'accompagnement

Autre : _____

3) Durée et fréquence

Besoin de transport adapté :

Ponctuel

Régulier

Certificat valable du :

Au/ou « Indéterminé » :

Fréquence approx. :

4) Médecin

Nom / Prénom :

Cabinet / Institution :

Adresse / NPA :

N° de téléphone :

Lieu, date : _____

Timbre et signature du médecin (**Obligatoire**) :