



UTILISATION D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ MOTORISÉE DONT LA LARGEUR EXCÈDE 75 CM OU D'UN FAUTEUIL ROULANT MÛ ÉLECTRIQUEMENT SE CONDUISANT DEBOUT

Je, _____
(Prénom et nom du professionnel de la santé) (numéro de permis d'exercice)

exerçant à titre de :

- chiropraticien
- ergothérapeute
- infirmière praticienne spécialisée
- médecin
- physiothérapeute

recommande que :

(Prénom et nom du patient) (date de naissance)

- utilise une aide à la mobilité motorisée dont la largeur excède 75 cm
- utilise un fauteuil roulant mû électriquement se conduisant en position debout

Cette recommandation est :

- d'une durée temporaire, soit jusqu'au _____
(en l'absence d'une date de fin, l'attestation est valide pour une période de cinq ans)
- perpétuelle

À _____, ce _____ jour de _____ 20_____,
(Ville)

(Signature du professionnel de la santé)

(Nom de l'établissement ou du milieu clinique)

(Numéro de téléphone)

(Adresse de correspondance)

À l'exception de la signature du professionnel, cette attestation doit être complétée en lettres imprimées ou moulées.