



**SECTION 2** – Doit être complété et certifié uniquement par un médecin, une infirmière agréée travaillant en clinique, un chiropraticien, un ergothérapeute ou un physiothérapeute.

En vertu du *Code de la route* et de ses règlements, une « personne handicapée » signifie :  
TOUT INDIVIDU HANDICAPÉ D'UNE FAÇON QUI L'EMPÊCHE DE MARCHER SANS ASSISTANCE SUR PLUS DE  
50 MÈTRES SANS DIFFICULTÉ MAJEURE OU SANS DANGER POUR SA SANTÉ OU SA SÉCURITÉ.

NOM DU DEMANDEUR : \_\_\_\_\_

Nom(s) médicale(aux) du (des) diagnostic(s) du demandeur : \_\_\_\_\_

Le demandeur répond à la définition d'une « personne physiquement handicapée » tel que présentée ci-dessus. q Oui q Non

Veuillez expliquer clairement les raisons pour lesquelles l'état du demandeur répond à cette définition. \_\_\_\_\_

Cochez seulement **UNE** des cases suivantes. Le demandeur est une « personne physiquement handicapée » qui demande un permis pour une durée :

\_\_\_\_\_ Temporaire (3 à 36 mois). Le pronostic pourrait varier d'ici 36 mois. Durée requise \_\_\_\_\_ mois.

\_\_\_\_\_ Permanente ET, doit faire continuellement appel à un moyen de déplacement (permis émis pour 36 mois) p. ex., fauteuil roulant, ambulateur, béquilles.

**AUTORITÉ DE CERTIFICATION** - Doit être complété et certifié uniquement par un médecin, une infirmière agréée travaillant en clinique, un chiropraticien, un ergothérapeute ou un physiothérapeute.

Remarque : En tant que professionnel médical qui accorde une autorisation, vous devez vérifier si le demandeur répond à la définition d'une « personne physiquement handicapée » présentée ci-dessus. Le demandeur doit assumer tous les coûts entourant cette demande.

Nom : \_\_\_\_\_ Poste/titre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Timbre du cabinet du médecin

**Certification** : Je considère que le demandeur est admissible à un permis de stationnement en vertu des critères prévus dans la loi. J'ai complété en entier ce côté de la demande.

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel médical

\_\_\_\_\_  
Numéro d'enregistrement

\_\_\_\_\_  
Date