



Autocars Schmitt



# CERTIFICAT MEDICAL

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


M/Mme (*ayer la mention inutile*)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Je certifie que mon/ma patient(e) :

- N'entre pas dans le cadre du référentiel de prescription des transports et que mon/ma patient(e) ne peut bénéficier d'une prescription médicale de l'assurance maladie (CPAM, MSA) ;
- N'est pas en mesure de prendre le transport public  proposé par le PETR Sélestat Alsace Centrale  
(Motif : .....);
- Présente une mobilité réduite temporaire\* (inférieure à 3 mois).

En conséquent, mon/ma patient(e) nécessite la prise du transport public adapté **TPMR ELSA**, proposé par le PETR Sélestat Alsace Centrale, pour se rendre à ses rendez-vous médicaux de suite d'intervention/de soin, 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 auprès des MDPH ou de l'APA, selon le cas.*

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

Fait à ..... , le .....

Signature et tampon du médecin