

**TRANSPORT DES ELEVES ET ETUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP  
CERTIFICAT MÉDICAL**

**À établir pour les élèves ou étudiants en situation de handicap qui ne peuvent utiliser, seuls, les transports en commun, pour se rendre à leur établissement scolaire, en raison de la gravité de leur handicap.**

Le présent certificat médical est établi en vue d'évaluer la gravité du handicap de votre patient, élève ou étudiant, et de juger de sa capacité à prendre les transports en commun, accompagné ou seul.

L'autonomie de votre patient est évaluée par rapport à celle d'un patient du même âge et non déficient.

Pour permettre au médecin des services métropolitains de statuer, vous voudrez bien compléter toutes les rubriques et joindre tout document complémentaire que vous jugerez utile.

**Élève/étudiant**

NOM – PRÉNOM : .....

Date de naissance : .....

**Responsable légal de l'élève**

NOM- PRÉNOM : .....

Adresse : .....

.....

Tél : .....

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL**.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....**AUTONOMIE DE L'ÉLÈVE / ÉTUDIANT**Votre patient est capable de marcher  Oui  NonVotre patient est capable de se repérer dans l'espace  Oui  NonVotre patient est capable de communiquer  Oui  Non

Votre patient peut utiliser les transports en commun :

- avec un accompagnant (famille ou autre)  Oui  Non- seul  Oui  Non

Si vous avez répondu non, pour quel(s) motif(s) médic(al/aux) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

À....., le .....

Signature et cachet du médecin