

Souhaitez-vous bénéficiaire de la Carte Mobilité Inclusion ?

Mention Stationnement

La carte mobilité inclusion - Stationnement (CMI-S) permet de stationner sur les places réservées pour personnes handicapées.

Mention Priorité

La carte mobilité inclusion - Priorité (CMI-P) permet notamment une priorité dans les files d'attente, dans les transports en commun et les manifestations accueillant du public.

Mention Invalidité

Mention cécité

Mention besoin d'accompagnement

La carte mobilité inclusion - Invalidité (CMI-I) reconnaît un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80% d'incapacité de handicap. Elle confère les mêmes avantages que la carte de priorité et elle permet notamment de bénéficier d'une demi-part supplémentaire pour les impôts sur le revenu.

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance : / /

Adresse :

.....

.....

Date et signature du demandeur

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

S'agit-il d'une demande de renouvellement de carte ? oui non

La personne est-elle bénéficiaire de l'APA ? oui non

La personne est-elle bénéficiaire de l'AAH ? oui non

La personne est-elle bénéficiaire de la MTP ? oui non

La personne est-elle bénéficiaire de l'AAEH ? oui non

Certificat médical (à faire compléter par un médecin)

A-t-elle/il un appareillage des membres inférieurs ? oui non

Lequel ?

Utilise-t-elle/il dans ses déplacements à l'extérieur :

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Un fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois |
| Deux cannes béquilles | <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois |
| Une canne | <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois |
| Un déambulateur | <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Parfois |

Quel est le périmètre de marche (indispensable) ? :

La durée de marche possible sans pause ? :

A-t-elle/il besoin pour ses déplacements à l'extérieur de l'accompagnement permanent

d'une tierce personne ? Toujours Jamais Parfois

du fait : • d'une déficience mentale profonde oui non

• d'une cécité oui non

(Joindre les résultats d'un examen ophtalmologique)

• d'une surdité oui non

(Joindre les résultats d'un audiogramme récent)

• autres déficiences,   préciser :

A-t-elle/il une réduction de son autonomie ou de sa capacité de marche du fait :

• d'une insuffisance viscérale ou générale sévère oui non

• si oui, préciser :

Doit-elle/il transporter un matériel encombrant nécessaire à ses déplacements ? oui non

(Exemple : oxygénothérapie ambulatoire)

Lequel ? :

| | A | B | C | D | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Entretien personnel : | | | | | |
| Faire sa toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A : Sans difficulté |
| S'habiller, se déshabiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B : Difficilement ou avec une aide technique |
| Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C : Aide humaine partielle |
| | | | | | D : Aide humaine totale |

Vie quotidienne et domestique: travaux ménagers, courses, préparation de repas...

.....
.....

Retentissement sur la scolarité (si en âge scolaire) : non oui (préciser)

Retentissement sur l'emploi (si besoin) Avis du médecin du travail joint

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste

et/ou le maintien dans l'emploi : non oui (préciser)

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi

ou le suivi de formation : non oui (préciser)

Dans les deux cas, précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaitables :

.....
.....

NB/ Certificat donné en main propre au patient pour faire valoir ce que de droit.

Cachet

Date

Signature