

FICHE DE PRESCRIPTION DEPLACEMENT ACCOMPAGNE

DATE DE LA DEMANDE :

BENEFICIAIRE :

Nom +Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

DIAGNOSTIC MOBILITE :

Incapacité à se déplacer seul(e)

Pas en mesure d'utiliser les transports collectifs

Pas de véhicule

Pas ou plus de permis

Véhicule en panne ou accidenté

PRESCRIPTEUR :

DUREE DE LA PRESCRIPTION :

MOTIF de la DEMANDE :

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR :