



## Formulaire périmètre de marche

Vous sollicitez auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) une demande de **Carte Mobilité Inclusion (CMI) de stationnement pour personnes handicapées** (ex-GIC).

Nous vous remercions de bien vouloir transmettre cette fiche de liaison à votre médecin traitant. Ce document est indispensable à l'examen de votre demande.

Sans réponse de la part de votre médecin traitant dans un délai d'un mois, votre demande fera l'objet d'une décision au regard des seuls éléments dont nous disposerons.

### FICHE DE LIAISON A L'ATTENTION DU MEDECIN TRAITANT Maison Départementale des Personnes Handicapées des Côtes d'Armor

Je soussigné, ....., médecin traitant, de :  
**M**

Dossier Familial MDPH N°.....:

Date de naissance .....

Demeurant à .....

qui sollicite une carte de stationnement pour personnes handicapées (ex GIC) certifie que l'intéressé(e) présente des difficultés de déplacement.

Je vous transmets les informations ci-dessous permettant l'évaluation de son **périmètre de marche**.

**Quelle est la distance maximum pouvant être parcourue à pieds, sans aide technique (cannes, prothèses de membres inférieures) ?**

- 50 m                       200 m                       davantage  
 100 m                       500 m

**Modalités d'utilisation des aides techniques - La marche se fait :**

- |   |                                       |                                       |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> de façon autonome              | <input type="checkbox"/> en intérieur | <input type="checkbox"/> en extérieur |
| <input type="checkbox"/> avec une canne                 | <input type="checkbox"/> en intérieur | <input type="checkbox"/> en extérieur |
| <input type="checkbox"/> avec deux cannes               | <input type="checkbox"/> en intérieur | <input type="checkbox"/> en extérieur |
| <input type="checkbox"/> en déambulateur                | <input type="checkbox"/> en intérieur | <input type="checkbox"/> en extérieur |
| <input type="checkbox"/> en fauteuil roulant manuel     | <input type="checkbox"/> en intérieur | <input type="checkbox"/> en extérieur |
| <input type="checkbox"/> en fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> en intérieur | <input type="checkbox"/> en extérieur |

- Ralentissement moteur                       oui                       non  
Besoin de pauses                       oui                       non

- Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :  
 oui                       non

**Pathologie(s) motivant la demande :** -----  
-----  
-----

**Date, signature et Cachet du Médecin traitant (obligatoire) :**

Date :    Signature :    Cachet :