



POLICE INTERCOMMUNALE
DES DENTS DU MIDI
Rue du Village 46
1874 Champéry

Tél.: +41 24 /479 09 18
Fax: +41 24 /479 09 17

Demande d'octroi d'une carte de parcage

(à remettre à l'autorité compétente)

Nouvelle demande

Prolongation

La demande doit être déposée au nom de la personne handicapée ou du détenteur / détentrice du véhicule de l'institution et être signée personnellement par ces personnes (prière de remplir en majuscules ou à la machine à écrire et cocher les cases qui conviennent).

Nom, prénom :

Date de naissance :

NPA et lieu de domicile :

Rue :

Tél. professionnel : Tél. privé :

- Rapport médical concernant la mobilité réduite (ann. 1 de la directive CICR)

En annexe

- Remarques :

.....
.....

Photo

en annexe

détenteur d'un permis de conduire au
format carte de crédit

ou

Désignation de l'institution :

.....

Adresse :

Téléphone No de plaques :

Motif des trajets :

Fréquence des trajets :

Nombre de personnes handicapées en moyenne :

Celui qui, en donnant des renseignements inexacts, en dissimulant des faits importants ou en présentant de faux certificats, aura obtenu frauduleusement un permis ou une autorisation, fera l'objet d'une plainte et sera puni de l'emprisonnement ou de l'amende (art. 97 LCR) et devra s'attendre au retrait ou au refus de l'autorisation (art. 16 LCR).

Date :

Signature :
(éventuellement représentant légal)



Rapport médical concernant la mobilité réduite

Requérant (nom et adresse) :

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

1. Genre de handicap moteur selon le point 3 de la directive de la Commission Inter-cantonale de la circulation routière (CICR)
Le handicap moteur se manifeste par le fait que la personne handicapée ne peut, de manière permanente ou pour une période temporaire d'au moins six mois, se déplacer à pied que sur une distance ne dépassant pas 200 mètres environ, soit avec des moyens auxiliaires spéciaux, soit en étant accompagnée. Il s'agit là d'une mobilité réduite dont la cause peut être imputable à l'appareil moteur des jambes (handicap direct) ou au système respiratoire ou sanguin (handicap indirect).

Genre du handicap
Moyens auxiliaires utilisés.....

2. Le handicap est

- Passager
 Évolutif / s'aggravant
 Permanent / symptômes constants

Durée minimum du handicap

3. Remarques :

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

Lieu et date

Cachet /Signature du médecin

.....
.....

L'exigence d'un examen par un médecin-conseil reste réservée.