MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Liberté
Égalité
Fraternité

CERTIFICAT autorisant la conduite de FRE, FREP, FREV, SCO ou AAP

L'assuré(e) NOM, PRENOM : _____
(suivi, s'il y a lieu du nom de d'épouse)

N° d'immatriculation : |__|__ __|__ __|__ __|__ __ __|__ __ __| |__ __|

Date de naissance : |__ __| __ __ |__ __ __ __|

Adresse :

_____

_____

Le bénéficiaire (s'il n'est pas l'assuré) NOM, PRENOM :

_____

Date de naissance : |__ __| __ __ |__ __ __ __|

Objet de la demande :

Catégorie du produit : _____

Le prescripteur responsable de l'essai :

Atteste l'adéquation du véhicule prescrit aux situations de handicap du patient et à son environnement
OUI □ NON □

Atteste que le besoin du véhicule pour réaliser le projet de vie personnalisé à l'extérieur, et que l'environnement de vie sociale de la personne lui impose des déplacements mixtes en intérieur et en extérieur, en milieu urbain
OUI □ NON □

Atteste que les capacités de la personne aidant lui permettent d'assurer la maitrise.
OUI □ NON □

Qualité du prescripteur

Nom et signature du prescripteur (cachet signature)

Date :