

ATTESTATION DE LA RECOMMANDATION D'UTILISER UNE AIDE À LA MOBILITÉ  
MOTORISÉE DONT LA LARGEUR EXCÈDE 75 CM OU D'UN FAUTEUIL ROULANT MÛ  
ÉLECTRIQUEMENT SE CONDUISANT DEBOUT

Je, \_\_\_\_\_,  
(Prénom et nom du professionnel de la santé) (numéro de permis d'exercice)

exerçant à titre de :

- chiropraticien;
- ergothérapeute;
- infirmière praticienne spécialisée;
- médecin;
- physiothérapeute;

recommande que :

\_\_\_\_\_,  
(Prénom et nom du patient) (date de naissance)

- utilise une aide à la mobilité motorisée dont la largeur excède 75 cm;
- utilise un fauteuil roulant mû électriquement se conduisant en position debout.

Cette recommandation est :

- d'une durée temporaire, soit jusqu'au \_\_\_\_\_ (en l'absence d'une date de fin, l'attestation est valide pour une période de cinq ans);
- perpétuelle.

À \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_,  
(Ville)

\_\_\_\_\_  
(Signature du professionnel de la santé)

\_\_\_\_\_  
(Nom de l'établissement ou du milieu clinique)

\_\_\_\_\_  
(Numéro de téléphone)

\_\_\_\_\_  
(Adresse de correspondance)

À l'exception de la signature du professionnel, cette attestation doit être complétée en lettres imprimées ou moulées.