

## DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION

Nom de naissance : .....

Nom marital : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

**Je sollicite le bénéfice d'une Carte Mobilité Inclusion comportant la mention**

◆ **INVALIDITÉ**

Oui  Non

Si oui, avec mention complémentaire :

Besoin d'accompagnement

Cécité

S'agit-il d'une demande de renouvellement de carte arrivant à expiration ?

Oui  Non

***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte***

S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte invalidité délivrée pour une durée définitive ?

Oui  Non

***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte***

**Je sollicite le bénéfice d'une Carte Mobilité Inclusion comportant la mention**

◆ **STATIONNEMENT**

Oui  Non

S'agit-il d'une demande de renouvellement arrivant à expiration ?

Oui  Non

***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte***

S'agit-il d'une demande de remplacement délivrée pour une durée définitive ?

Oui  Non

***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte***

◆ **PRIORITÉ**

Oui  Non

S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits ?

Oui  Non

***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte***

Expression des attentes et besoins de la personne **à remplir obligatoirement** :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'ensemble des pièces est à renvoyer dûment complété à :

**CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA MARNE**  
**DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ**  
**SERVICE SOLIDARITÉ GRAND ÂGE ET HANDICAP**  
5 rue Just Berland  
51000 Châlons-en-Champagne

Fait à ....., le .....

Signature

**Pièces à fournir  
obligatoirement**

- Ce document rempli et signé
- Le questionnaire médical rempli par le médecin traitant
- Copie pièce d'identité recto-verso
- Justificatif de domicile

**Pièces à fournir en  
fonction des mentions  
demandées**

- Si demande de renouvellement, une copie de ou des cartes déjà attribuées
- Notification pension invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie pour carte invalidité

## ÉVALUATION MÉDICALE POUR UNE DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION **Invalidité / Stationnement / Station Debout Pénible**

Vous sollicitez auprès du Président du Conseil départemental une demande de Carte Mobilité Inclusion.

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.

### À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussignée(e) Docteur .....

Médecin traitant de,

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

**Raisons principales à l'origine de la demande CMI  
à remplir obligatoirement :**

Poids ..... Taille .....

## MOBILITÉ

Périmètre de marche : .....

	1	2	3	
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 : Pas de difficulté
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 : Difficulté modérée
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 : Difficulté grave
Station debout pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou absolue

### Recours systématique à une aide pour déplacements à l'extérieur :

- Oui       Non
- Aide humaine systématique
- Déambulateur
- Une canne
- Deux cannes
- Prothèse externe de jambe
- Fauteuil roulant

### AUTRES LIMITATIONS

- Surdité       Oui       Non
- Appareils auditifs       1       2
- Recours à une oxygénothérapie extérieure
- Graves troubles visuels
- C civit 
- Autres difficultés rencontrées, à préciser .....

### La réduction de la capacité de déplacement est :

- Définitive       Récupération possible
- Au moins d'1 an       évolution défavorable

### Entretien personnel

Toilette, habillage, continence, alimentation

- A : Sans difficulté      B : Difficilement ou avec aide technique
- C : Aide humaine partielle      D : Aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Perspective d'évolution globale

- Stabilité       Incapacité fluctuante
- Amélioration à envisager       Aggravation
- Hospitalisation possibles ou programm es       Non définie

### Préconisation dans le cadre de la demande de CMI

- Invalidité   80 %
- Priorité (station debout pénible)
- Carte européenne de stationnement

Fait à .....  
le .....

Signature et cachet du médecin  
**obligatoire**