

## DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION

Nom de naissance: .....

Nom marital : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

A .....

**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

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

oui       non

**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

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

oui       non

**PRIORITÉ**

oui       non

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

oui       non

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

**CONSEIL DÉPARTEMENTALE 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**

- Le 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.

### A remplir par le médecin

Je soussigné, Docteur ..... Médecin traitant de :

Nom : ..... Prénom : .....

Né (e) le : .....

Demeurant à : .....

Atteste les constatations suivantes : .....

### **Distance maximum pouvant être parcourue à pied sans autre aide qu'une canne :**

- Sans difficulté                       < à 200 m                       Aucun déplacement  
 Intérieur                               Extérieur

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

- Définitive                               Récupération possible  
 Au moins 1 an                       Évolution défavorable

### **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

### **Pénibilité station debout :**

- Oui                                       Non

- Surdité                               Oui                                       Non

- Appareils auditifs :               1               2

- Recours à une oxygénothérapie extérieure

- Graves troubles visuels

- Cécité

- Autres difficultés rencontrées à préciser : .....

## Entretien personnel

Toilette, habillage, continence, alimentation

A : sans difficulté

C : aide humaine partielle

B : difficilement ou avec aide technique

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"/>

## Invalidité

Personne présentant de troubles graves ou majeurs compromettant de manière partielle ou totale l'autonomie individuelle quotidienne pour la réalisation des actes de la vie courante.

- les incapacités sont difficilement ou non compensées par des appareillages, aides techniques ou traitements
- les incapacités ne sont compensées y compris par une aide humaine qu'au prix de contraintes importantes. La personne doit être aidée totalement, partiellement ou surveillée systématiquement dans l'accomplissement des actes quotidiens.
- maladie grave et évolutive en traitement actif

Descriptif sommaire des contraintes : .....

.....

.....

## Taux d'incapacité envisagé

< à 50%

50 à 79%

≥ 80%

## Perspective d'évolution globale

- stabilité
- amélioration à envisager
- hospitalisations possibles ou programmées
- incapacité fluctuante
- aggravation
- non définie

## Durée d'attribution

- 1 an
- 2 ans
- 5 ans
- 10 ans
- définitivement

Le, .....

Signature et cachet du médecin