



Direction des finances  
Service de délivrance de documents au public

## Demande d'octroi d'une carte de parcage

Nouvelle demande  Prolongation de la carte n° \_\_\_\_\_

La demande doit être déposée au nom de la personne handicapée et être signée personnellement.  
(prière de remplir le formulaire en majuscule et de signer en noir)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

Adresse mail: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NPA, Lieu : \_\_\_\_\_

A joindre :

- Photo couleur récente de **moins de 5 ans** (format passeport 3,5 x 4,5 cm)  
Sans photo, nous ne pouvons pas traiter la demande.

Remarques : .....  
.....  
.....

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)

A remettre à l'autorité compétente

# 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 intercantonale 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), au système respiratoire ou sanguin (handicap indirect).*

Genre du handicap: .....

Moyens auxiliaires utilisés : .....

2. Durée prévisible du handicap :

- court terme 6 mois
- court terme 1 an
- moyen terme 3 ans
- long terme 5 ans

3. Remarques :

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

Lieu et date:

Cachet / Signature du médecin:

.....

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

2/2