

«

ANNEXE I*(a. 20 et 21)***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.

».