



FORMULAIRE D'AUTORISATION DU MÉDECIN

PROGRAMME MOBILITÉ

Le soussigné confirme que le patient dont le nom apparaît ci-dessous :

1. Requier qu'une modification soit apportée au véhicule afin de lui permettre de conduire.
2. Requier qu'une modification soit apportée au véhicule pour lui permettre de transporter une personne handicapée.
3. Souffre d'une déficience auditive minimale de 30 dB dans toute plage de fréquence et pourrait grandement bénéficier de l'installation d'un accessoire fonctionnel d'avertissement dans son véhicule GM neuf.

Nom du médecin

Signature du médecin

Date

Nom du patient

Signature du patient

Date

VEUILLEZ NOTER :

- Joindre une copie de l'en-tête de lettre du médecin ou recopier l'information qui y figure.
- Ou joindre un formulaire d'ordonnance afin de confirmer les coordonnées du médecin.