



PROGRAMME MOBILITÉ

# FORMULAIRE D'AUTORISATION DU MÉDECIN

**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.