

Heures d'ouverture:
Lundi - jeudi: 8h - 12h et 13h20 - 17h
Vendredi: 8h - 16 non stop


OFFICE DES VÉHICULES

Rte de la Communance 45 t 032 420 71 20 www.jura.ch/ovj
Case postale 763 f 032 420 71 51 medicaux.ovj@jura.ch
CH-2800 Delémont 1

Demande d'obtention d'une carte de parcage pour personne à mobilité réduite	G82104 Version 10.14
--	--------------------------------

Indications personnelles (svp à compléter en majuscule – au stylo de couleur noire)

La demande doit être déposée au nom de la personne handicapée

Titre :		N° d'adresse : (à remplir par l'Office)		
Nom/s :		Prénom/s :		
Adresse :				
Lieu/x d'origine/canton : (étranger = pays d'origine)				
Date de naissance :		Courriel :		
Téléphone :		Portable :		
En cas de questions : 032 420 71 20 medicaux.ovj@jura.ch www.jura.ch/ovj		Signature Signature à l'intérieur du cadre avec un stylo de couleur noire →		

Informations complémentaires (svp à compléter en majuscule – au stylo de couleur noire) :

- Le certificat médical, au verso, doit être complété par votre médecin traitant.
- Nous avons besoin d'une photographie format passeport **couleur** (35x45 mm)
- En complétant cette demande, vous nous autorisez à soumettre à notre médecin-conseil, votre dossier et/ou à lui permettre d'établir son propre diagnostic médical avec les moyens qu'il juge utile.
- À 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, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire (art. 97 LCR) et devra s'attendre au retrait ou au refus de l'autorisation (art. 16 LCR).

Lieu et date :	Signature (pour les mineurs / personnes sous tutelle, signature du représentant légal (père, mère ou curateur/trice)) :
----------------	---

Document à retourner à l'adresse susmentionnée



Rapport médical concernant la mobilité réduite

1. Le handicap est : temporaire du _____ au _____
 évolutif / s'aggravant
 permanent / symptômes constants

Genre du handicap : _____

2. Le/la requérant (e) peut bénéficier d'une carte de facilité de stationnement :

*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) ou au système respiratoire ou sanguin (handicap indirect)*

Oui Non

Moyens auxiliaires utilisés : _____

3. Le/la requérant (e) est tributaire d'un véhicule pour ses déplacements :

**est tributaire d'un véhicule la personne qui éprouve des difficultés particulières à se mouvoir de même qu'à utiliser les transports en commun"*

Oui Non

4. Le/la requérant (e) est apte à conduire le véhicule suivant :

- 4.1 aucun véhicule
4.2 un véhicule sans modification / sans adaptation
4.3 uniquement un véhicule avec boîte à vitesses automatique
4.4 uniquement un véhicule modifié/adapté

5. Remarques : _____

Lieu et date :	Signature et timbre du médecin :
----------------	----------------------------------

Des investigations complémentaires auprès de notre médecin-conseil demeurent réservées.