

DATE

**DEMANDE**  
**POUR L'OBTENTION D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT**  
**POUR PERSONNES HANDICAPEES**

**MINISTERE DES TRANSPORTS**

à l'attention de Monsieur  
le médecin-directeur

L-2938 LUXEMBOURG

Je soussigné(e)

NOM: \_\_\_\_\_

PRENOM: \_\_\_\_\_

RUE: \_\_\_\_\_

LOCALITE ET CODE POSTAL: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

né(e) le: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

sollicite par la présente, l'autorisation d'usage d'une carte de stationnement pour personnes handicapées.

Je vous transmets en annexe le certificat médical, prévu à cet effet.

Conformément aux termes de l'article 1er du règlement grand-ducal du 31 janvier 2003 concernant la création et l'utilisation d'une carte de stationnement pour personnes handicapées, je certifie:\*

- être incapable de faire seul et/ou de façon continue plus de 100 m
- me déplacer à l'aide de béquilles ou d'une chaise roulante
- être aveugle

**Veillez joindre une photo d'identité récente à votre demande.**

\_\_\_\_\_  
signature du requérant ou du tuteur

\* cocher ce qui convient  
Au verso: certificat médical

# CERTIFICAT MEDICAL

concernant: \_\_\_\_\_

adresse: \_\_\_\_\_

No matricule: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

permis de conduire:  oui  non, si oui, numéro du permis de conduire: \_\_\_\_\_

**1. Diagnostic précis de l'affection d'origine du handicap:**

**2. Début de l'affection:** \_\_\_\_\_

**3. Description sommaire du handicap:**

**4. Le handicap est définitif  ou provisoire .**

**5. Si le requérant possède un permis de conduire, (numéro de permis: \_\_\_\_\_)**

aptitude à conduire: oui  non

réserves éventuelles (p. ex. aménagement spécial du véhicule):

(cachet et signature du médecin)

---

**Réservé à l'Administration:**

L'intéressé est à convoquer au Contrôle Médical de l'Administration de la Sécurité Sociale.

L'intéressé est à convoquer devant la Commission médicale des permis de conduire.