

PROGRAMME D'ÉVALUATION  
À LA CONDUITE AUTOMOBILE  
ET D'ADAPTATION DE VÉHICULE



**ATTESTATION MÉDICALE**  
**(Adaptation passager)**

Nom du client : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Date de l'accident et / ou début de la maladie : \_\_\_\_\_

Conditions associées (Ex : déficiences sensorielles, cognitives, perceptuelles) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antécédents médicaux :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médicaments:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin (lettre moulée) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_