

|  |  |
| --- | --- |
| **Indications médicales pour la remise d’un fauteuil roulant** |  |

**Identité du patient :**

Nom : Prénom :

Date de naissance :



|  |
| --- |
|  |
|  |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |
|  |

 |









