

|  |  |
| --- | --- |
| **Indications médicales pour la remise d’un fauteuil roulant pour enfants** (au formulaire GMFCS pour déterminer le degré d’invalidité) |  |

**Identité du patient :**

Nom : Prénom :

Date de naissance :

|  |
| --- |
|  |
|  |











