

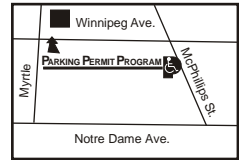
Programme de permis de stationnement

Pour les personnes handicapées

Administré par la Société de Manitobans with Disabilities



1111, avenue Winnipeg
Winnipeg, Manitoba R3E 0S2
Téléphone: (204) 975-3257
Sans frais: 1-800-836-5551
Heures d'ouverture : de 8 h à 16 h
du lundi au vendredi



LES REQUÉRANTS REMPLISSANT UNE NOUVELLE DEMANDE OU UNE DEMANDE DE RENOUELEMENT DOIVENT REMPLIR LA SECTION 1 EN ENTIER. S'IL NE S'AGIT PAS D'UNE AUTODÉCLARATION, ILS DOIVENT ÉGALEMENT REMPLIR LA SECTION 2 AU VERSO. LES PERMIS DE STATIONNEMENT SONT DÉLIVRÉS AUX PERSONNES AYANT UN HANDICAP PHYSIQUE.

Also available in English

FORMULE DE DEMANDE ET DE RENOUELEMENT

SECTION 1 - Renseignements personnels (concernant la personne handicapée seulement) - Autodéclaration

NOM M. ou M^{me}

Prénom

Initiale

Nom de famille

ADRESSE POSTALE

Rue ou case postale

N° d'appartement

Manitoba

Ville

Province

Code postal

TÉLÉPHONE (204)

(204)

DATE DE NAISSANCE / /

Domicile

Autre

Année / Mois / Jour

SEXE Masculin Féminin

POUR MARCHER, AVEZ-VOUS BESOIN D'UTILISER L'UN DES MOYENS DE DÉPLACEMENT SUIVANTS? Veuillez cocher une boîte seulement pour chaque moyen utilisé.

	Utilisation continue	Sur une distance de moins de 50 mètres (164 pieds)	Sur une distance de plus de 50 mètres (164 pieds)
Triporteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant à poussée manuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paire de cannes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAUSE ET DESCRIPTION DE MON HANDICAP PHYSIQUE : _____

Je déclare par la présente que j'ai un handicap physique permanent et que je ne peux marcher sans utiliser une aide pour la mobilité personnelle.

OUI

DATE

SIGNATURE

Requérant ou tuteur ou fondé de pouvoir du requérant

PERSONNE-RESSOURCE

(204)

Nom

Lien avec le requérant

Adresse et n° de téléphone

Telephone

Veuillez joindre un chèque ou mandat (*ne pas poster d'argent*) de 12,50 \$ libellé à l'ordre du PROGRAMME DE PERMIS DE STATIONNEMENT. Envoyez le tout par la poste à l'adresse figurant au haut de la page.



VEUILLEZ REMPLIR AU VERSO

Administré par la Société de Manitobans with Disabilities pour la province du Manitoba.

Transports et Services gouvernementaux Manitoba



SECTION 2 ATTESTATION

Cette section doit être remplie par un médecin, ou chiropraticien, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un conseiller en réadaptation ou un professionnel équivalent de l'un des organismes suivants : la Manitoba League of Persons with Disabilities, l'Association canadienne des paraplégiques, le Centre d'information sur la vie autonome, la Société canadienne de la sclérose en plaques, l'Association de la paralysie cérébrale, la Société Huntington ou la Society for Manitobans with Disabilities.

En vertu du *Code de la route* et de ses règlements d'application, la définition d'un handicapé physique est la suivante :

PERSONNE ATTEINTE D'UN HANDICAP PHYSIQUE DE TELLE MANIÈRE QU'ELLE NE PEUT MARCHER SANS AIDE SUR UNE DISTANCE DE PLUS DE 50 MÈTRES (164 pieds) SANS PEINE OU SANS DANGER POUR SA SANTÉ OU SA SÉCURITÉ.

Nom du requérant : _____

Diagnostic : _____

Description du handicap : _____

Le handicap restreint la mobilité : légèrement modérément fortement immobilisé

Le handicap est : PERMANENT

TEMPORAIRE : 3 MOIS 6 MOIS 12 MOIS 18 MOIS 24 MOIS 36 MOIS

L'INCAPACITÉ DE LOCOMOTION DU REQUÉRANT EST ATTRIBUABLE À UNE DÉFICIENCE DU OU DES SYSTÈMES SUIVANTS:

Système nerveux **Articulations touchées :** _____
Appareil musculo-squelettique _____
Appareil cardiovasculaire _____
Système respiratoire _____
Autre _____

COMMENT CETTE DÉFICIENCE RESTREINT-ELLE LA CAPACITÉ DU REQUÉRANT DE SE DÉPLACER?

- Impossibilité de marcher sans l'aide d'un fauteuil roulant, des béquilles, d'un déambulateur ou de deux cannes.
- Impossibilité de marcher plus de 50 mètres sur une surface plane sans s'arrêter afin d'atténuer une fatigue ou des douleurs excessives.
- Impossibilité de marcher plus de 10 mètres sur une surface plane sans courir le risque anormalement élevé de perdre l'équilibre et de tomber.
- Personne aveugle dont l'âge se situe entre deux (2) et huit (8) ans inclusivement.
- Essoufflement pendant la marche sur une distance de 50 mètres (164 pieds) ou moins.

ATTESTATION :

NOM : _____ POSTE OU TITRE : _____

ADRESSE : _____

N° DE TÉLÉPHONE : _____

J'atteste par la présente que les renseignements fournis plus haut sont vrais et exacts à tous égards.

DATE: _____ SIGNATURE: _____

Professionnel de la santé autorisé