

Formulaire de demande de carte de stationnement



mémoire et solidarité

Service départemental de l'Office national des anciens combattants
et victimes de guerre de Maine-et-Loire

Demande de carte de stationnement pour personnes handicapées formulée au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG)

① IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE *

Monsieur Madame Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse : n° voie :

..... Code postal

Ville..... Pays

N° de téléphone : Adresse électronique :@.....

② OBJET DE LA DEMANDE

1^{ère} demande ** renouvellement **

Pièces à joindre :

- un certificat médical établi depuis moins de 6 mois par votre médecin traitant, selon le modèle ci-joint
- la dernière fiche descriptive de vos infirmités ou intercalaire récent de pension au titre du CPMIVG
- le cas échéant si le handicap ne résulte pas exclusivement d'une pension au titre du CPMIVG, joindre des justificatifs (pension civile...)
- une photographie d'identité **récente** en couleur (de face, visage découvert, format 3,5 x 4,5 cm)
- en cas de renouvellement, photocopie recto-verso de la carte actuelle

remplacement **

en cas de perte, vol ou détérioration ***

(l'utilisation abusive ou frauduleuse d'une carte de stationnement est réprimée par les articles 441-2, 441-3 et 441-6 du code pénal)

Pièces à joindre

soit :

- la décision d'attribution initiale (l'absence de la décision antérieure au 01/07/2017 entraîne automatiquement une nouvelle instruction. Dans ce cas cocher « 1^{ère} demande » et joindre les pièces réclamées)
- la carte détériorée présentant les garanties légales suffisantes à l'identification de son titulaire. Dans le cas contraire, cocher « 1^{ère} demande » et joindre les pièces réclamées)

Dans tous les cas :

- une photographie d'identité **récente** en couleur (de face, visage découvert, format 3,5 x 4,5 cm)

③ CERTIFICATION

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : le

Signature

* en cas de tutelle ou de curatelle et pour les mineurs, indiquer au verso les coordonnées du représentant légal et joindre le cas échéant le jugement de protection juridique.

** cochez la case correspondante.

*** rayez les mentions inutiles.

OFFICE NATIONAL DES ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE
Service départemental de Maine-et-Loire
Cité administrative - 15 bis rue Dupetit-Thouars
49047 ANGERS CEDEX 01
T/02.41.47.82.92- F/ 02.41.47.82.99- sd49@onacvg.fr - @/ www.onac-vg.fr

2. Durée prévisible de la réduction de la capacité et de l'autonomie de déplacement du patient* :

- Moins de un an Un an Un à deux ans Deux à cinq ans Cinq à dix ans
 Définitive

** Permet de déterminer la durée d'attribution de la carte.*

3. Coordonnées et signature:

Docteur (Nom – Prénom) :

Médecin traitant : OUI NON

Identifiant RPPS:

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

Certificat rédigé à la demande du patient ou de son représentant légal et remis en main propre le :

Fait à

Signature et cachet du médecin