

Pour déposer une demande de stationnement ou de débarcadère réservé aux personnes handicapées, vous devez obligatoirement fournir à l'Arrondissement **tous** les documents suivants :

- Le formulaire de demande d'espace de stationnement ou de débarcadère réservé aux personnes handicapées dûment rempli**
- Un rapport d'évaluation fonctionnel rédigé par un ergothérapeute ou un médecin spécialiste**
- Une copie du permis de conduire**
- Une copie du certificat d'immatriculation du véhicule**
- Une copie du certificat d'attestation émis par la S.A.A.Q.**
- Une copie de la vignette émise par la S.A.A.Q.**

Pour déposer une demande, transmettez tous les documents mentionnés ci-dessus :

- par courriel, à l'adresse info-rpp@ville.montreal.qc.ca, à l'attention de la Direction du développement du territoire et des études techniques
- par la poste, à l'adresse :

Arrondissement de Rosemont–La Petite-Patrie

Direction du développement du territoire et des études techniques
Division des études techniques
5650, rue D'Iberville, 2e étage
Montréal (Québec) H2G 2B3

DEMANDE D'ESPACE DE STATIONNEMENT OU DÉBARCADÈRE RÉSERVÉ AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Les renseignements personnels fournis demeurent confidentiels.

La section «Limitations» doit être remplie par un ergothérapeute ou un médecin spécialiste et vous devez joindre à votre demande une copie du rapport d'évaluation de l'ergothérapeute ou du médecin spécialiste ainsi qu'une photocopie de la vignette, du permis de conduire et de l'immatriculation du véhicule.

Toute omission peut entraîner le rejet de la demande sans avis. L'omission de retourner ce formulaire complété dans les 90 jours suivant sa réception entraîne la fermeture du dossier.

IDENTIFICATION DU REQUÉRANT OU DE LA REQUÉRANTE (personne handicapée)

Nom, prénom : _____ Âge : _____

Adresse : _____ App. : _____ Code postal : _____

Téléphone résidence : _____ Téléphone travail : _____

Propriétaire Locataire Autre : _____

**IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT OU DE LA REPRÉSENTANTE
(dans les cas de personnes mineures ou atteinte de déficience intellectuelle)**

Parent Tuteur Organisme spécifiez : _____

Nom, prénom : _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE VÉHICULE DU REQUÉRANT OU DE LA REQUÉRANTE (s'il y a lieu)

Le requérant possède-t-il un véhicule? Oui Non Si oui : marque : _____

Modèle : _____ Année : _____ Immatriculation : _____

Le requérant conduit-il lui-même le véhicule? Oui Non

Le requérant possède-t-il un permis de conduire ? Oui Non

Si oui, numéro : _____

Le requérant possède-t-il une vignette de la S.A.A.Q. ? Oui Non

Si oui, numéro : _____

Le requérant possède-t-il un espace de stationnement hors-rue? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer les raisons pour lesquelles il ne peut être utilisé :

LIMITATIONS (à remplir par un ergothérapeute ou un médecin spécialiste)

DDS :

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES CARRÉES

Diagnostic(s) : _____

Depuis : _____

La situation est-elle? Permanente Temporaire

Date de fin probable (AA/MM/JJ) : ____/____/____

Pour se déplacer sans risque pour sa santé et sa sécurité, le requérant doit-il avoir recours :

À un fauteuil roulant : Oui Non

À un auxiliaire de marche : Oui Non Spécifiez : _____

À toute autre aide technique : Oui Non Spécifiez : _____

Dans le cas où le requérant n'a pas recours à un fauteuil roulant, à combien de mètres évaluez-vous sa capacité à marcher :

Avec un auxiliaire de marche ou une aide technique : _____ mètres

Sans auxiliaire de marche, ni aide technique : _____ mètres

Signature du professionnel de la santé : _____

Profession : _____ Numéro de permis : _____

Téléphone travail : _____ Date : _____

DÉPLACEMENTS

Veillez indiquer les raisons et la fréquence des déplacements du requérant :

Médicale : Oui Non Fréquence : _____

Scolaire : Oui Non Fréquence : _____

Travail : Oui Non Fréquence : _____

Magasinage, sorties : Oui Non Fréquence : _____

Autres : _____ Fréquence : _____

Le requérant utilise-t-il le transport adapté ? Oui Non

Si oui, combien de fois par semaine : _____

SIGNATURE (du requérant ou son représentant)

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts :

Requérant Représentant

Signature : _____ Date (AA/MM/JJ) ____/____/____

Dans le cadre de l'analyse de ma requête, en cas de besoin, j'autorise
l'arrondissement de Rosemont–La Petite-Patrie à communiquer avec le professionnel de la santé :

Requérant Représentant

Signature : _____ Date (AA/MM/JJ) ____/____/____