

Les renseignements fournis dans cette demande peuvent être utilisés pour évaluer l'aptitude à conduire un véhicule routier.

**A IDENTITÉ DE LA PERSONNE HANDICAPÉE**

Nom (Actuel)		Nom (À la naissance)		Prénom		N° de permis de conduire (s'il y a lieu)	
N° Rue				App.		(Veuillez aussi retranscrire ce numéro en haut de la page 2)	
Municipalité				Code postal		Date de naissance Année Mois Jour	
						Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Téléphone domicile Ind. rég.		Téléphone bureau Ind. rég.		Téléscripteur Ind. rég.		Correspondance désirée: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
<b>Identité du représentant (s'il y a lieu)</b>							
Nom				Prénom			
				<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Père / Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____			
Téléphone domicile Ind. rég.		Téléphone bureau Ind. rég.		Téléscripteur Ind. rég.			

**B RENSEIGNEMENTS EN VUE D'ÉTABLIR L'ADMISSIBILITÉ**

Pour être admissible à l'obtention d'une vignette de stationnement pour personnes handicapées, la personne doit vivre, pour une durée d'au moins six mois, une situation de handicap qui occasionne une perte d'autonomie ou qui risque de compromettre sa santé et sa sécurité dans ses déplacements à l'extérieur sur une distance ne nécessitant pas l'utilisation d'un moyen de transport.

<p><b>La personne handicapée a-t-elle un permis de conduire avec la condition «P»?</b></p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Passer directement à la section «D».</p>	<p><b>Pour ses déplacements extérieurs, la personne handicapée utilise-t-elle un fauteuil roulant ou une poussette adaptée subventionnés par la Régie de l'assurance maladie du Québec?</b></p> <p><input type="checkbox"/> OUI et la preuve de subvention est jointe à la présente demande <input type="checkbox"/> OUI et la preuve de subvention n'est pas jointe à la présente demande <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Passer directement à la section «D».</p> <p>Faire remplir la section «C» par l'évaluateur reconnu (1) pouvant le mieux décrire la situation de handicap.</p>
---	---

(1) Les personnes exerçant l'une des professions suivantes : éducateur spécialisé du réseau de la santé, ergothérapeute, infirmier, médecin, optométriste, physiothérapeute et psychologue sont considérées comme des évaluateurs reconnus.

**C ÉVALUATION (si requise, cette section doit être remplie par une personne exerçant l'une des professions indiquées au point 7.)**

**IMPORTANT :** – La Société ne rembourse pas les frais qui pourraient être demandés pour remplir cette section.  
 – Les renseignements fournis dans cette demande peuvent être utilisés pour évaluer l'aptitude à conduire un véhicule routier.

<p><b>1- Cocher pour indiquer une déficience du système concerné</b></p> <p>AUC <input type="checkbox"/> Aucune déficience</p>	<p><b>RES</b> <input type="checkbox"/> RESPIRATOIRE Encercler la classe fonctionnelle (selon la Société canadienne de thoracologie)</p>	I	II	III	IV	V
	<p><b>CAR</b> <input type="checkbox"/> CARDIAQUE Encercler la classe fonctionnelle (selon la New York Heart Association)</p>	I	II	III	IV	
	<p><b>VAS</b> <input type="checkbox"/> VASCULAIRE      <b>NER</b> <input type="checkbox"/> NERVEUX      <b>SQU</b> <input type="checkbox"/> SQUELETTIQUE</p>					
	<p><b>MUS</b> <input type="checkbox"/> MUSCULAIRE      <b>VIS</b> <input type="checkbox"/> VISUEL      <b>AUR</b> <input type="checkbox"/> AURICULAIRE</p>					
	<p><b>HEM</b> <input type="checkbox"/> HÉMATOPOÏÉTIQUE ET IMMUNITAIRE      <b>AUT</b> <input type="checkbox"/> AUTRE, préciser</p>					
<p><b>2- Cocher pour indiquer une incapacité</b></p> <p>AUC <input type="checkbox"/> Aucune incapacité</p>	<p><b>MOT</b> <input type="checkbox"/> MOTRICE (équilibre, marche, etc.)</p>	Légère <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>			
	<p><b>INT</b> <input type="checkbox"/> INTELLECTUELLE (conscience, orientation spatiale, jugement, etc.)</p>	Légère <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>			
	<p><b>VIS</b> <input type="checkbox"/> VISUELLE</p>	Légère <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>			
	<p><b>AUD</b> <input type="checkbox"/> AUDITIVE</p>	Légère <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>			
	<p><b>COM</b> <input type="checkbox"/> COMPORTEMENTALE (sécurité personnelle, contrôle des pulsions, etc.)</p>	Légère <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>			
	<p><b>AUT</b> <input type="checkbox"/> AUTRE, préciser</p>	Légère <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>			

N° de permis de conduire  
de la personne handicapée

Nom et prénom  
de la personne handicapée

### C ÉVALUATION (suite)

#### Donner des précisions pour les déficiences et incapacités indiquées aux questions 1 et 2.

Diagnostic, cause (acquis ou congénital), pronostic, etc.

Conséquences sur les déplacements extérieurs

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3. A- La personne évaluée est-elle en mesure de se déplacer à l'extérieur SANS AIDE?

OUI  NON, aide humaine requise\*  NON, aide technique requise\* (cane, fauteuil roulant, chien-guide, etc.)

\* Préciser : \_\_\_\_\_

#### B- La personne évaluée est-elle en mesure de se déplacer à l'extérieur SANS RISQUE pour sa santé et sa sécurité?

OUI  NON

Expliquer : \_\_\_\_\_

#### 4. La situation est-elle permanente ou temporaire?

Permanente  Temporaire ▶ début 

Année	Mois	Jour

 fin probable 

Année	Mois	Jour

#### 5. Expliquer dans quelle mesure la vignette contribuera à éliminer les RISQUES RÉELS pour la santé et la sécurité de la personne à se déplacer à l'extérieur ou à rendre la personne autonome dans ses déplacements extérieurs.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 6. Renseignements additionnels

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 7. IDENTITÉ DE L'ÉVALUATEUR

Nom	Prénom	Téléphone Ind. rég.	N° d'exercice	Code de profession
Signature	Date de l'évaluation	Année Mois Jour	Date du rapport	Année Mois Jour

#### PROFESSIONS

**ES** Éducateur / Éducatrice  
spécialisé(e) du réseau  
de la santé  
**ER** Ergothérapeute  
**IN** Infirmier / Infirmière  
**MD** Médecin  
**OP** Optométriste  
**PH** Physiothérapeute  
**PS** Psychologue

AU BESOIN, IDENTITÉ DU SECOND ÉVALUATEUR				
Nom	Prénom	Téléphone Ind. rég.	N° d'exercice	Code de profession
Signature	Date de l'évaluation	Année Mois Jour	Date du rapport	Année Mois Jour

#### D SIGNATURE (préciser : Personne handicapée OU Représentant)

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts.

Signature  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

- Joindre votre paiement de 15 \$ pour couvrir les frais administratifs sous forme de chèque ou de mandat à l'ordre de la Société de l'assurance automobile du Québec. La vignette de stationnement n'est pas remboursable.
- La Société ne rembourse pas les frais qui pourraient être demandés pour remplir la section «C».
- Prévoir de 4 à 6 semaines pour l'analyse de la demande et l'envoi de la décision par la poste.

#### PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Le personnel autorisé de la Société traite confidentiellement les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils sont indispensables pour appliquer la Loi sur l'assurance automobile et le Code de la sécurité routière. La Société les communique à ses mandataires, de même qu'à certains ministères et organismes, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ils peuvent aussi servir à des fins de statistiques, d'études, de sondages, d'enquêtes ou de vérifications. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez les consulter ou les rectifier. Pour plus d'information, adressez-vous aux services à la clientèle ou consultez la Politique de confidentialité de la Société au [www.saaq.gouv.qc.ca](http://www.saaq.gouv.qc.ca).

Société de l'assurance automobile du Québec  
Vignette de stationnement pour personnes handicapées  
Case postale 19300, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 8J3

à Québec : 418 643-7620  
à Montréal : 514 873-7620  
ailleurs au Québec : 1 800 361-7620  
Internet : [www.saaq.gouv.qc.ca](http://www.saaq.gouv.qc.ca)



ATS/ATME  
région de Montréal : 514 954-7763  
ailleurs au Québec : 1 800 565-7763

#### RÉSERVÉ À LA SOCIÉTÉ

P <input type="checkbox"/>	Année	Mois	Jour
T <input type="checkbox"/>			