Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

cerfa 15695*01

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document **obligatoire et essentiel** pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap.
Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin

Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. **Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? ☐ Oui ☒ Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ? ☐ Oui ☒ Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ? ☐ Oui ☒ Non

* « Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

(Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical.
Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur NARDONE Fabrice
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ~~ou Mme~~ Romain FREGE
depuis mon précédent certificat.

Dr NARDONE Fabrice
Médecin généraliste-Médecin du sport
55 rue du général de Gaulle
76450 CANY-BARVILLE
N° AM 761041185

Date : 09/06/2026

Signature :

A l'attention du patient

Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance : FRÉGÉ — Nom d'usage :

Prénom : ROMAIN — Date de naissance : 15/02/1933

Adresse : 6, Route de Clenville 76450 - Le Hanouard

N° d'immatriculation sécurité sociale : 1 83 02 76 451 131 880

N° de dossier auprès de la MDPH : 1111242 - MDPH76

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

A joindre à ce document

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.