

**SERVICE DE TRANSPORT
POUR PERSONNES A MOBILITE REDUITE**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Mme Mlle M

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Atteste être atteint(e) d'un handicap moteur nécessitant l'usage d'un fauteuil pour mes déplacements.

Fait à :

Le :

Signature :