



LÄKARINTYG

Att bifogas ansökan om terrängfordonstillstånd för funktionshindrade

Sökanden	Namn	Personnummer
Beskrivning av funktionshindret		
Bedömning av rörelseförmågan i terräng och behov av hjälpmedel		
Läkarens underskrift	Ort och datum	
	Läkarens underskrift	
	Läkarens namnförtydligande	
	Adress	
	Telefon	