

N° de client :

Passage en commission : Oui Non

Réponse commission : Accord Refus

Droits ouverts jusqu'au :

TRANSPORT À LA DEMANDE DE
GRANDANGOULÊME POUR LES PERSONNES À
MOBILITÉ RÉDUITE OU EN SITUATION DE
HANDICAP

DOSSIER D'ADMISSION AU SERVICE

Demandeur

Mme Mlle M.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Code postal :

Commune :

Tél. fixe : Tél. portable :

E-mail :

Nom, adresse et n° de téléphone de la personne intervenant en cas de besoin et habilitée à réserver à la place de l'intéressé(e) :

.....

.....

.....

Dossier à remplir

Motif principal de vos déplacements :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Travail | <input type="checkbox"/> Achats |
| <input type="checkbox"/> Administratif | <input type="checkbox"/> Loisirs |
| <input type="checkbox"/> Médical | <input type="checkbox"/> Autre :..... |

Quels titres de transport utiliserez-vous pour ce service?

- Ticket Carte à puce

Conditions de déplacement :

Afin d'assurer un service de qualité qui réponde au mieux à vos besoins, merci de préciser les éléments suivants :

Quelle est la nature de votre handicap :

- Moteur, préciser
- Sensoriel, préciser
- Autre, préciser

Pour vous, la marche est-elle :

→ Possible :

- Oui Non

→ Difficile avec :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cannes simples | <input type="checkbox"/> Cannes béquilles |
| <input type="checkbox"/> Tripode | <input type="checkbox"/> Déambulateur |

→ Impossible :

- Fauteuil roulant électrique
- Fauteuil roulant non électrique
- Fauteuil roulant pliable

Avez-vous un appareillage spécifique :

Oui Non

Si oui, précisez :

Vous déplacez vous avec un chien guide :

Oui Non

Pour l'installation dans le véhicule :

➔ Vous est-il possible de monter ou descendre 2 à 3 marches ?

Oui Non

➔ Avez-vous besoin d'aide pour monter ou descendre du véhicule ?

Oui Non

Lors de vos déplacements :

➔ Prévoyez-vous qu'une personne vous accompagne ?

Oui Non

➔ Si oui, sa présence sera-t-elle systématique ?

Oui Non

La personne qui vous accompagne pour vous aider voyagera gratuitement.

Informations complémentaires :

.....
.....
.....

Pièces obligatoires à joindre au dossier :

- 1 photocopie de **votre pièce d'identité**
- L'attestation sur l'honneur** datée et signée (ci-joint)

Selon votre situation :

- 1 photocopie du document justifiant votre situation :
 - Soit photocopie recto-verso de **votre carte d'invalidité**
 - Soit photocopie recto-verso de **votre carte européenne de stationnement**
 - Soit photocopie recto-verso de **votre carte de priorité**
 - Soit photocopie du **document justificatif** du versement de **l'Allocation personnalisée d'autonomie** (justifiant du classement GIR 1 à 4)
 - Soit **1 certificat médical** pour les personnes souhaitant un **accès temporaire** (inférieur à 2 mois)
- Ou le **questionnaire médical** rempli par votre médecin traitant dans une enveloppe cachetée avec la mention « CONFIDENTIEL » (pour le soumettre à l'avis du médecin conseil).

N'hésitez pas à joindre tout autre photocopie de document que vous jugerez nécessaire de nous transmettre.

Informations d'accès au service

L'accès au service est direct pour :

- Les personnes bénéficiant d'une **carte d'invalidité**
- Les personnes bénéficiant d'une **carte européenne de stationnement**
- Les personnes bénéficiant d'une **carte de priorité**
- Les personnes bénéficiant de **l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie** (justifiant du classement GIR 1 à 4)
- Les personnes souhaitant un **accès temporaire** au service **n'excédant pas 2 mois** lié à un handicap temporaire, sur présentation d'un certificat médical. Cet accès temporaire sera reconductible 2 fois maximum.

Si vous ne remplissez pas les conditions ci-dessus, merci de faire remplir le questionnaire médical prévu à cet effet par votre médecin traitant, et de le joindre à ce dossier.

➔ Si votre incapacité, permanente ou temporaire, ne vous permet pas d'utiliser le réseau de bus classique :

- vous pourrez utiliser le service **uniquement après avis du médecin conseil** de la commission d'accès (sur la base d'un questionnaire médical à faire remplir par votre médecin traitant).

Délais de traitement du dossier : maximum 1 mois

Dossier à retourner à l'adresse suivante :

➤ **STGA (Service Möbius Mon Transport À la Demande Adapté)**

554 route de Bordeaux

BP 32322 – 16023 ANGOULÊME Cedex

Ou à déposer :

➤ **Agence Mobilité, Esplanade du Champ de Mars, 16000**

Angoulême

Loi informatique et liberté :

En application de l'article 27 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite loi « Informatique et Libertés », les informations qui vous sont demandées sont nécessaires au traitement de votre dossier. La loi vous garantit un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant.

Attestation :

Je soussigné(e) M. / Mme
certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier,
toute mention d'information erronée entraine ma responsabilité.

Je déclare avoir pris connaissances des Conditions Générales du service de transport à la demande de GrandAngoulême des Personnes à Mobilité Réduite ou en situation de handicap

Fait à, le

Signature :