



-RESERVE AU SERVICE -

Nom :

Prénom :

N° carte :

Admission jusqu'au :

MOBIBUS
TRANSPORT A LA DEMANDE
POUR LES PERSONNES A MOBILITE REDUITE ET LES PERSONNES AGEES

DOSSIER D'ADMISSION

Demandeur

Mme Mlle Mr

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
N° : Rue ou lieu-dit :
Code postal : Commune :

Si besoin, précisions permettant de localiser le lieu de résidence (localisation dans le hameau, description de la maison...) :
.....
.....

Téléphone fixe : Téléphone 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 :
.....
.....

Lieu d'habitation

Habitez-vous à l'étage ? Oui Non
Si oui, combien ?

Avec ascenseur ? Oui Non

Interphone ? Oui Non

Etes-vous sous la tutelle d'une autre personne ? Oui Non

Si oui

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Motifs de vos déplacements :

• Salarié : Oui Non

Votre employeur :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Joindre au présent dossier une attestation de votre employeur.

• Autre

Précisez (sans emploi, retraité...) :

.....

.....

.....

.....

Ce service vous intéresse pour des déplacements :

Réguliers

Occasionnels : Courses Loisirs Démarches

Autres :

.....

.....

Quels sont vos trajets les plus fréquents et horaires ?

.....

.....

Conditions de déplacement :

Marche possible : Oui Non

Marche difficile avec : Cannes simples

Tripode

Cannes béquilles

Déambulateur

Marche impossible : Fauteuil roulant électrique
 Fauteuil roulant non électrique
 Fauteuil roulant transférable

Appareillage spécifique : Oui Non
Si oui, précisez :
.....

Avec un chien guide : Oui Non

Vous est-il possible de monter ou descendre 2 à 3 marches : Oui Non

Lors de vos déplacements, un accompagnateur est-il obligatoire ? Oui Non

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

NB : Merci de vérifier l'accessibilité des lieux fréquentés. Pour des raisons de sécurité, le conducteur n'est pas habilité à franchir des obstacles qui supposent de porter une personne.

Justificatif pour l'accès au service :

Carte d'invalidité – Taux d'incapacité égal ou supérieur à 80%
N° de votre carte :
Fin de validité :
Mentions :
Nature du handicap :

Vous êtes âgé de **plus de 80 ans**

Bénéficiaire de l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie**
Précisez votre groupe iso-ressource :

Bénéficiaire de la **Prestation de compensation Aides Humaines**

Personne **temporairement handicapée**

Pièces à joindre au dossier :

- Attestation sur l'honneur datée et signée
- 2 photos d'identité récentes
- 1 photocopie des documents attestant que vous répondez aux critères d'admission.
 - Soit photocopie recto-verso de votre carte d'invalidité
 - Soit photocopie d'une pièce d'identité

- Soit photocopie du document justificatif du versement de l'Allocation personnalisée d'autonomie
- Soit photocopie du document justificatif du versement de la Prestation de compensation Aides Humaines
- Soit certificat médical pour les personnes temporairement handicapées

Dossier à retourner à TBK

21 Boulevard de la Gare
29300 QUIMPERLE

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 certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier, toute mention d'information erronée entraîne ma responsabilité.

En outre, je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement du service de transport à la demande de Quimperlé Communauté joint à ce dossier et m'engage à en respecter les dispositions.

Fait à le

Signature :

**TRANSPORT A LA DEMANDE
POUR LES PERSONNES A MOBILITE REDUITE ET LES
PERSONNES AGEES
-
DOSSIER D'ADMISSION**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné (e) : Nom..... Prénom

Atteste sur l'honneur :

- Que mes déplacements dans un transport collectif ne font l'objet d'aucune contre-indication
- Ne pas nécessiter l'assistance d'une tierce personne lors de mes déplacements en transports collectifs*
- Avoir obligation d'assistance d'une tierce personne lors de mes déplacements en transports collectifs*
- Ne pas faire appel au service pour des déplacements d'ordinaire pris en charge par une caisse d'assurance maladie.

Fait à le

Signature du demandeur :

* : cocher la case correspondante.