

FORMULAIRE N°1

**DEMANDE D'ADHESION AU SERVICE DE SUBSTITUTION
POUR LES PERSONNES A MOBILITE REDUITE**

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE COMPLETE :

N° de TELEPHONE DOMICILE :

N° de TELEPHONE PORTABLE :

E MAIL :

- Vous souhaitez être pris en charge :

Occasionnellement (1 ou 10 trajets)

Régulièrement (abonnement)

PERSONNES EN FAUTEUIL ROULANT

PIECE ET PHOTO D'IDENTITE

COPIE DE LA CARTE D'INVALIDITE A 80 % OU CERTIFICAT MEDICAL OU ATTESTATION SUR L'HONNEUR.

LE PRESENT FEUILLET COMPLETE

- Vous déplacerez vous en fauteuil ?

Mécanique

Electrique

- Serez-vous accompagné lors de vos déplacements avec le service de substitution ? :

Oui systématiquement **Parfois** **Jamais**

Accompagnateur obligatoire (« mention besoin d'accompagnement – tierce personne » sur la carte d'invalidité)

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dans le cadre du fichier des clients du réseau de transport. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 , vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent auprès du Service Transport du Pays Voironnais, 40 rue de Mainssieux, 38500 Voiron au 04 76 32 74 44. Vous pouvez pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Fichier déclaré à la CNIL.

PERSONNES AVEUGLES ET MALVOYANTES

PIECE ET PHOTO D'IDENTITE

COPIE DE LA CARTE D'INVALIDITE A 80 % AVEC MENTION CECITE OU ETOILE VERTE OU CANNE BLANCHE .

LE PRESENT FEUILLET COMPLETE

- Voyagerez vous avec un chien guide ?

Oui **Non**

- Serez-vous accompagné lors de vos déplacements avec le service de substitution ? :

Oui systématiquement **Parfois** **Jamais**

Accompagnateur obligatoire (« mention besoin d'accompagnement – tierce personne » sur la carte d'invalidité)

PERSONNES UTILISATRICES D'UN AUTRE SERVICE DE TRANSPORT PMR

CONFIRMATION DE LA RESERVATION PAR LA CENTRALE DE RESERVATION CONCERNEE AVEC INDICATION DU POINT D'ARRET ET DE L'HEURE DE CORRESPONDANCE

LE PRESENT FEUILLET COMPLETE

Fauteuil **Chien guide** **Accompagnateur**

PERSONNES AYANT DES DIFFICULTES DE AMBULATOIRES TEMPORAIRES

PIECE ET PHOTO D'IDENTITE

CERTIFICAT MEDICAL AVEC DUREE D'UTILISATION D'UN APPAREILLAGE

LE PRESENT FEUILLET COMPLETE

A.....le...../...../...20.....

Signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dans le cadre du fichier des clients du réseau de transport. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 , vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent auprès du Service Transport du Pays Voironnais, 40 rue de Mainssieux, 38500 Voiron au 04 76 32 74 44.Vous pouvez pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Fichier déclaré à la CNIL.