

**FORMULAIRE N°2**

**DEMANDE D'ADHESION AU SERVICE DE SUBSTITUTION  
POUR LES PERSONNES A MOBILITE REDUITE  
AYANT UNE CARTE D'INVALIDITE A 80 % SANS MENTION**

**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)**

**- 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)**

***CLIENT AYANT DES DIFFICULTES DEAMBULATOIRES***

**PIECE ET PHOTO D'IDENTITE**

**COPIE DE LA CARTE D'INVALIDITE A 80 % SANS MENTION**

**N° DE DOSSIER MDA**

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.

**□ LE PRESENT FEUILLET COMPLETE QUI SERA ENVOYE A LA MAISON DEPARTEMENTALE DU HANDICAP.**

***Vous avez des difficultés déambulatoires ; votre demande d'utilisation du service PMR de substitution est conditionnée par un avis médical :***

**Cet avis médical sera émis par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale de l'Autonomie de l'Isère (MDA) à partir des critères suivants :**

- **Personnes avec appareillage limitant les déplacements, cannes anglaises, déambulateurs, rollator, assistance respiratoire.**
- **Personnes avec troubles de l'équilibre sévères et quai permanents nécessitant un accompagnement. (maladies neurologiques)**

**Par conséquent,**

**Je soussigné, Monsieur, Madame, (rayer la mention inutile) ..... autorise un médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale de l'Autonomie de l'Isère à consulter mes dossiers constitués auprès de la MDA.**

**N° de dossier Maison Départementale de l'Autonomie :.....**

**A.....le...../...../...20.....**  
**Signature**

**NE RIEN INSCRIRE – CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

**Je soussigné....., médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDA, certifie que ..... ; dossier MDA N°.....,**

**répond au moins a un critère permettant l'adhésion au service PMR de substitution du Pays Voironnais.**

- OUI**
- NON**

**Fait à .....le ...../...../ 20.....**

**Signature et tampon**

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.