

## Demande d'inscription au service Flexi PMR

### Identité

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 N° tél - Domicile : ..... Travail : ..... Portable : .....  
 E-mail : .....

### Handicap :

Type d'handicap :  Visuel  Moteur

Préciser votre Carte d'invalidité : .....

Taux d'invalidité : .....

Date limite de validité : .....

Mention précisée :  Besoin d'accompagnant  Cécité

Votre handicap est il temporaire ?  Oui  Non

#### Vous vous déplacez le plus souvent avec :

Un fauteuil roulant ?  Oui  Non  
 Si oui  Manuel  pliable  
 Électrique  non pliable

Des cannes ou un déambulateur ?  Oui  Non

Un chien d'assistance ou un chien guide ?  Oui  Non

Utilisez-vous le réseau de bus grandole mobilités ?  Oui  Non

Quelles difficultés rencontrez-vous habituellement dans vos déplacements ?  
 .....  
 .....

### Trajet

Précision éventuelle sur le lieu de prise en charge :  
 .....

#### Déplacements réguliers souhaités :

POINT DE DEPART	POINT D'ARRIVEE	HEURE



## Demande d'inscription au service Flexi PMR

Déplacements **occasionnels** souhaités :

POINT DE DEPART	POINT D'ARRIVEE	HEURE

**Cette demande vaut acceptation du règlement de service en vigueur.**

Joignez à cette fiche les photocopies de votre carte d'invalidité, de votre carte d'identité, la présente demande d'accès au service dûment complétée et signée ainsi que l'attestation sur l'honneur.

Tout dossier incomplet ne sera pas instruit.

Date : .....

SIGNATURE

## **Demande d'inscription au service Flexi PMR**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) : NOM : .....

Prénom : .....

Atteste sur l'honneur :

- Que mes déplacements dans un transport collectif ne font pas l'objet de contre-indications,
- Ne pas faire appel au service flexi PMR pour des déplacements d'ordinaire pris en charge par une caisse d'assurance maladie,
- Ne pas faire appel au service flexi PMR pour des déplacements vers des établissements médicaux, sociaux et médico-sociaux, relevant de la compétence desdits établissements.
- Ne pas nécessiter l'assistance d'une tierce personne lors de mes déplacements en transports collectifs \*,
- Avoir l'obligation d'assistance d'une tierce personne lors de mes déplacements en transports collectifs \*,
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur.

\*Cocher la case correspondante

Fait à ....., le .....

Signature du demandeur :