

# DEMANDE D'INSCRIPTION

AU SERVICE **HANDI'ALLIANCE**

REEMPLIR (RECTO-VERSO) AVEC SOIN ET RETOURNER A : Keolis grand Auch  
7, place de la Libération  
32000 AUCH - 05 62 61 67 77

Cadre réservé au service

N°

AG

## VOTRE IDENTITE

Mme  Mlle  M. NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Code Postal : /...../...../...../...../...../ Commune : .....

N° : Domicile : Fixe : ..... - ..... - ..... - ..... - ..... N° sur liste rouge :  OUI  NON

(obligatoire) Portable : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Travail : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Personne à contacter si nécessaire : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

NOM : ..... Prénom : .....

## HANDICAP

Possédez-vous une carte d'invalidité ?  OUI  NON

Taux d'invalidité : .....%

Mention : .....

Fin validité: ..... / ..... / .....

### Utilisez-vous ?

fauteuil roulant manuel

chien d'assistance

fauteuil roulant électrique

autre, préciser .....

**Décrivez le détail des difficultés que vous rencontrez lorsque vous vous déplacez :**  
(à renseigner, si vous n'utilisez pas de fauteuil roulant)

.....  
.....



Utilisez-vous actuellement, même de manière occasionnelle, le réseau de bus ALLIANCE  
(hors HANDI'ALLIANCE) ?

OUI                       NON

Fait à ....., le ...../...../.....

NOM : ..... Prénom : .....

**Signature du demandeur :**

**Pièces à joindre :**

☞ ***Photocopie de la carte d'invalidité recto/verso***

☞ ***Une photo d'identité***

☞ ***Un justificatif de domicile (quittance EDF ou Téléphone)***