

FORMULAIRE

À REMPLIR POUR LES PERSONNES NE POSSÉDANT PAS LA CARTE MOBILITÉ,
OU LA CARTE D'INVALIDITÉ ÉGALE OU SUPÉRIEURE A 80%

IDENTITÉ

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

CONTACT

Téléphone portable : - - - -

Téléphone fixe : - - - -

Adresse mail : @

Adresse postale :

.....

Code postal :

Ville :

COMMENT VOUS CONTACTER ?

Par téléphone

Par mail

Date : / /

Signature :

VOTRE MOBILITÉ

QUELS SONT VOS BESOINS SPÉCIFIQUES ?

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> | Appareil auditif |
| <input type="checkbox"/> | Fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> | Traducteur LSF / LFPC |
| <input type="checkbox"/> | Scooter | <input type="checkbox"/> | Documents adaptés en FALC |
| <input type="checkbox"/> | Déambulateur | <input type="checkbox"/> | Documents adaptés en braille |
| <input type="checkbox"/> | Béquilles / Canne | <input type="checkbox"/> | Documents en gros caractères |
| <input type="checkbox"/> | Canne Blanche | <input type="checkbox"/> | Assistance respiratoire déambulatoire (sans oxygène) |
| <input type="checkbox"/> | Chien d'assistance | <input type="checkbox"/> | Assistance respiratoire nécessitant l'administration d'oxygène |
| <input type="checkbox"/> | Chien guide | <input type="checkbox"/> | Aucune |
| <input type="checkbox"/> | Aide au guidage | <input type="checkbox"/> | Autre : |
| <input type="checkbox"/> | Aide au portage de bagages | | |

AVEZ-VOUS BESOIN D'UNE AIDE HUMAINE DANS VOS DÉPLACEMENTS ?

- Oui (ami, propre, aidant)
- Oui (personnel qualifiée du secteur médical ou médico-social)
- Non

QUELLES SONT VOS DIFFICULTÉS ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Difficultés à se déplacer seul en fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Difficultés d'orientation spatiotemporelle |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à la marche, fatigabilité | <input type="checkbox"/> Trouble de la mémoire |
| <input type="checkbox"/> Station debout pénible | <input type="checkbox"/> Parole absente |
| <input type="checkbox"/> Difficultés d'équilibre | <input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution (parole lente ou gênée) |
| <input type="checkbox"/> Cécité totale | <input type="checkbox"/> Difficultés à comprendre et/ou se faire comprendre |
| <input type="checkbox"/> Cécité partielle | <input type="checkbox"/> Stress lié à la foule, au mouvement |
| <input type="checkbox"/> Surdité complète | <input type="checkbox"/> Tremblements |
| <input type="checkbox"/> Surdité partielle | <input type="checkbox"/> Autre: |

VOS RÉSERVATIONS

QUI GÈRE VOS RÉSERVATIONS ?

Vous-même

Un tiers référent (précisez le nom, prénom, téléphone et mail) :

.....

.....

POUR QUELS MOTIFS DE DÉPLACEMENTS SOUHAITEZ-VOUS UTILISER LE SERVICE MOBIZEST ?

Déplacements professionnels, études

Déplacement régulier vers un centre, maison de retraite, association, MDPH

Loisirs, courses

Visites à votre famille ou amis

Rendez-vous médicaux avec bon de transport sécurité sociale

Autres :

À QUELLE FRÉQUENCE PENSEZ-VOUS AVOIR BESOIN
DU SERVICE MOBIZEST ?

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Quelques fois par an

VOS CONDITIONS DE TRANSPORTS

QUI DOIT-ON CONTACTER POUR ÊTRE INFORMÉ
AVANT LE JOUR DU TRANSPORT ?

- Vous-même
- Votre tuteur / Curateur / Référent

QUI DOIT-ON CONTACTER POUR ÊTRE INFORMÉ
EN TEMPS RÉEL ?

- Vous-même
- Votre tuteur / Curateur / Référent

ÊTES-VOUS CAPABLE DE RESTER SEUL DANS LE VEHICULE,
SANS LA PRÉSENCE DU CONDUCTEUR ?

- Oui
- Non

ÊTES-VOUS CAPABLE DE VOUS DÉPLACER SEUL ?

Oui

Non

POUR LES PERSONNES EN FAUTEUIL ROULANT,
ÊTES-VOUS CAPABLE DE VOUS TRANSFÉRER SEUL ?

Oui

Non

ÊTES-VOUS CAPABLE D'ÊTRE LAISSÉ SEUL SUR VOTRE
LIEU DE PRISE EN CHARGE OU DE DÉPOSE ?

Oui

Non, je dois être confié à une tierce personne

VOUS DEVEZ SYSTEMATIQUEMENT ÊTRE TRANSPORTÉ :

En position semi-assise

En position allongée

En brancard

Dans un véhicule aseptisé

Aucune de ces obligations