

# FORMULAIRE

À REMPLIR POUR LES PERSONNES NE POSSÉDANT PAS LA CARTE MOBILITÉ  
INVALIDITE, 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 : .....

## 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, aidant)
- ☐ Oui (personne 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 ETRE INFORMÉ \_\_\_\_\_  
AVANT LE JOUR DU TRANSPORT ?

☐

Vous-même

☐

Votre tuteur / Curateur / Référent

\_\_\_\_\_ QUI DOIT-ON CONTACTER POUR ETRE INFORMÉ \_\_\_\_\_  
EN TEMPS RÉEL ?

☐

Vous-même

☐

Votre tuteur / Curateur / Référent

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

☐

Oui

☐

Non

ETES-VOUS CAPABLE DE VOUS DÉPLACER SEUL ?

☐

Oui

☐

Non

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

☐

Oui

☐

Non

ETES-VOUS CAPABLE D'ETRE 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 ETRE TRANSPORTÉ :

☐

En position semi-assise

☐

En position allongée

☐

En brancard

☐

Dans un véhicule aseptisé

☐

Aucune de ces obligations

## COMMENT VOUS CONTACTER ?

☐

Par téléphone

☐

Par mail

Date : ..... / ..... / .....

Signature :