



Dossier de demande d'inscription au service de Transport des Personnes à Mobilité Réduite

Nom :

Prénom :

Vous pouvez retourner votre dossier, soit :

Par courrier

G'R4 – Service TPMR
431 avenue Ambroise Croizat
38920 Crolles

Par mail

contact@tougo.fr

Réservé à G'R4

N° de dossier :

Date de réception : / /

1. Identification de la personne souhaitant bénéficier du service :

NOM : Prénom :

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

Adresse :

Code postal : Commune :

Tel. Fixe : Tel. Portable :

Adresse e-mail :@.....

2. Renseignements sur sa situation :

J'ai un handicap permanent avec un taux d'invalidité égal ou supérieur à 80%

Je me déplace en fauteuil roulant à commande manuelle électrique

Autres :

3. Les pièces justificatives à fournir :

Attestation de domicile

Copie de la pièce d'identité

Copie de votre Carte Mobilité Inclusion (CMI) portant la mention « Invalidité ».

Attestation CAF (si vous bénéficiez d'un QF inférieur à 900€) pour la tarification solidaire

4. Renseignements « Mobilité » :

J'ai besoin :

D'une aide à la marche

D'une aide à la lecture d'informations

D'une aide pour me diriger

D'une aide pour m'installer dans le véhicule

Autres :

J'ai besoin d'un accompagnateur* : OUI NON

**Si vous déclarez avoir besoin d'un accompagnant lors de votre inscription au service TPMP, cet accompagnement sera alors obligatoire. Si vous n'êtes pas accompagné vous ne serez pas pris en charge par le transporteur et une pénalité de déplacement inutile vous sera alors appliquée.*

Avez-vous vérifié votre droit au transport sanitaire de la sécurité sociale ?

OUI NON

Avez-vous vérifié que vous ne disposez pas de lignes régulières accessibles à proximité de votre domicile ?

NON OUI = Arrêt : Ligne(s) :

Merci de nous indiquer les trajets que vous souhaitez effectuer régulièrement avec le service TPMR :

Trajet n°1 :

Commune de départ + adresse :

Commune d'arrivée + adresse :

Journée(s) concerné(es) :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Heures d'arrivée à l'aller :h.....

Heure de départ au retour :h.....

Fréquences du trajet n°1 :

- Tous les jours
..... fois / semaine
..... fois / mois
 Plus occasionnellement

Motif de déplacement :

- loisirs
 médical
 travail
 courses
 autres :

Précision ou remarque particulière concernant ce trajet :

.....
.....

Eventuellement Trajet n°2 :

Commune de départ + adresse :

Commune d'arrivée + adresse :

Journée(s) concerné(es) :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Heures d'arrivée à l'aller :h.....

Heure de départ au retour :h.....

Fréquences du trajet n°2 :

- Tous les jours
..... fois / semaine
..... fois / mois
 Plus occasionnellement

Motif de déplacement :

- loisirs
 médical
 travail
 courses
 autres :

Précision ou remarque particulière concernant ce trajet :

.....
.....

5. Identification de la personne ayant rempli ce formulaire* :

**Cadre à remplir uniquement si le demandeur a bénéficié d'une aide pour effectuer sa demande*

NOM : Prénom :

Structure (le cas échéant) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tel. Fixe : Tel. Portable :

Adresse e-mail :@.....

6. Date et signatures :

Je reconnais l'exactitude des données fournies

Date : / /

Signature du demandeur

Signature de la personne aidante et/ou signature et cachet
de la structure accompagnante

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article 441-1 du Code Pénal).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès du Syndicat Mixte de Mobilités de l'Aire Grenobloise.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

N'oubliez pas notre site internet ! www.tougo.fr