

DEMANDE D'INSCRIPTION AU SERVICE HANDIBUS

REEMPLIR (RECTO-VERSO) AVEC SOIN ET RETOURNER A :

Keolis Grand Tarbes, Centre Kennedy - Rue Jean-Loup Chrétien – 65 000 TARBES

VOTRE IDENTITE

Mme Mlle M. NOM : Prénom :

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

Adresse :

Complément d'adresse :

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

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

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

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

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

NOM : Prénom :

Quel(s) type(s) de déplacement effectueriez-vous avec HANDIBUS ?

Médecin Enseignement Travail

Loisir Autre : Préciser.....

HANDICAP

Possédez-vous un carte d'invalidité ? OUI NON

Orange Barre verte « Station Debout Pénible » Cécité Etoile Verte

Taux :%

Date limite de la carte d'invalidité :

Avez vous un handicap temporaire ? OUI NON

Si oui nature du handicap :

Durée prévisionnelle du handicap :

Utilisez vous ?

Fauteuil roulant manuel Canne (s) chien d'assistance
 Fauteuil roulant électrique Déambulateur autre préciser

Vous avez des difficultés ...

de la marche de la vue
 de l'équilibre de l'orientation

- Décrivez dans le détail les difficultés que vous rencontrez lorsque vous vous déplacez :

.....
.....
.....

- Ces troubles vous empêchent-ils :
De monter dans un bus : OUI NON
De monter 2 ou 3 marches : OUI NON
- La station debout vous est-elle : Possible Pénible Impossible
- Utilisez-vous actuellement, *même de manière occasionnelle*, le réseau d'autobus Alezan (*hors HANDIBUS*) : OUI NON
- Conduisez-vous, *même de manière occasionnelle*, votre automobile : OUI NON
- Vos déplacements nécessitent-ils un **accompagnateur personnel** : OUI NON

Pièces à joindre :

- **Photocopie de la carte d'invalidité recto/verso**
- **Certificat médical, ci-joint à faire établir par votre médecin traitant ou médecin spécialiste (obligatoire si vous ne possédez pas de carte d'invalidité égale ou supérieure à 80%)**
- **Une photo d'identité**
- **Un justificatif de domicile (quittance EDF ou Téléphone)**

Fait à, le/...../.....

NOM : Prénom :

Signature du demandeur :

Cadre réservé à la commission d'accès

Réunion de la commission d'admission du :

- AVIS FAVORABLE admission prononcée à titre : Définitif avec réactualisation annuelle
 Provisoire

soit jusqu'au inclus

COMPLEMENT d'INFORMATION

Nom du médecin expert :

Date de la visite :

AVIS DEFAVORABLE

Motif :

CERTIFICAT MEDICAL

Pour les personnes ne possédant pas une carte d'invalidité égale ou supérieure à 80%

⇒ Ce certificat, rempli par votre médecin traitant ou médecin spécialiste, doit être mis sous pli fermé dans une enveloppe sur laquelle vous inscrivez vos nom et prénom avec la mention CONFIDENTIEL.

Nom	Prénom
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Né(e) le :/...../.....

I – NATURE DE L'AFFECTION JUSTIFIANT LA DEMANDE : faire une description détaillée

.....
.....
.....
.....

DUREE de l'handicap invalidant : PERMANENTE TEMPORAIRE si oui
indiquer la durée prévisionnelle du handicap

II – TROUBLE FONCTIONNEL ET/OU MENTAL PRINCIPAL :

.....
.....
.....

III – POSSIBILITES EVOLUTIVES :

.....
.....
.....

IV – PROBLEMES MEDICAUX ASSOCIES :

.....
.....
.....

V – BILAN FONCTIONNEL

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre | <input type="checkbox"/> Trouble de la marche |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'orientation | <input type="checkbox"/> Trouble de la vue |

Autre préciser

VII - USAGE de CANNES ou DEAMBULATEUR pour les déplacements ? NON

- en permanence OUI NON

- de façon intermittente OUI NON

Préciser la durée : jusqu'au.....

VIII - STATION DEBOUT possible pendant un temps limité ? OUI NON

IX - FRANCHISSEMENT de MARCHES possible ? OUI NON

X - USAGE d'un FAUTEUIL ROULANT obligatoire pour les déplacements ?

- en permanence OUI NON

- de façon intermittente OUI NON

Préciser la durée : jusqu'au.....

XI – AIDE EXTERIEURE indispensable pour les déplacements ?

- En permanence OUI NON

- Seulement pour l'installation dans le véhicule OUI NON

XII - LA PERSONNE EST ELLE APTE A EMPRUNTER LE RESEAU DES AUTOBUS URBAINS

- Seule OUI NON

- Accompagnée OUI NON

XIII - OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

NOM du médecin :

Fait à, le/...../.....

Signature :

Cachet