

# DEMANDE D'INSCRIPTION AU SERVICE HANDIBUS

**REmplir (RECTO-VERSO) AVEC SOIN ET RETOURNER A :**

**Keolis Grand Tarbes, Centre Kennedy - Rue Jean-Loup Chrétien – 65000 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 une 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 homologué au transport en commun  OUI  NON

Fauteuil roulant doté d'attaches taxi  OUI  NON

Canne

Chien d'assistance

Déambulateur

Autres.....

**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 : .....

**Service HANDIBUS**

**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 :  F  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 :

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

