

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

La carte d'invalidité est obligatoire pour accéder au service Handibus, le taux d'invalidité doit être égal ou supérieur à 80%.

Possédez-vous une carte d'invalidité ? OUI NON

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 :

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

