



SERVICE TRANSPORT DE PERSONNES A MOBILITE REDUITE HANDIBUS

Dossier d'inscription

Carte n°

ETAT CIVIL

☐ Mme ☐ M.

NOM : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

VOS COORDONNEES

Adresse

N° : _____

Rue ou lieu-dit : _____

N° appartement : _____

Etage : _____

Ascenseur : Oui ☐

Non ☐

Escaliers : Oui ☐

Non ☐

Code Postal : _____

Commune : _____

N° de téléphone : _____

E-mail : _____@_____

Dans le cadre d'un déplacement professionnel

Nom et adresse de l'employeur : _____

N° de téléphone : _____

Cadre réservé au Service Mobilité

Avis Favorable

Avis Défavorable

Prononcé pour une durée de :

à compter du :

INVALIDITE

Avez-vous une carte d'invalidité

OUI ☐

NON ☐

Si OUI précisez :

- Carte MDPH avec mention « station debout pénible »

- 80% ou plus ☐

- autre % précisez :

- Carte CECITE ETOILE VERTE ☐

- Carte CANNE BLANCHE ☐

- Autre carte précisez :

La mention « tierce personne » figure-t-elle sur votre carte :

OUI ☐

NON ☐

Vous êtes en fauteuil roulant :

OUI ☐

NON ☐

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- 1 photo d'identité récente

- 1 photocopie recto verso de votre carte d'invalidité ou tout autre justificatif

Le dossier complet est à remettre à l'adresse suivante :

Communauté d'Agglomération Bergeracoise

Service Mobilité et Déplacement

Domaine de la Tour

CS 40012

24112 BERGERAC CEDEX

Fait à

Signature

Le