



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