



# DEMANDE D'INSCRIPTION

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

**ALLO'Buss + - Galerie du Bois d'Amour - 17100 SAINTES**

## 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 .....

Téléphone ...-.....-.....-.....-.....

Quel(s) type(s) de déplacement effectueriez-vous avec Allo'Buss + ?

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 BUSS (hors Allo'Buss +)  OUI  NON
  - Conduisez-vous, même de manière occasionnelle, votre automobile  OUI  NON
  - Vos déplacements nécessitent-ils un **accompagnateur personnel**  OUI  NON

Fait à ..... le ...../...../.....

NOM ..... Prénom .....

Signature du demandeur

**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

**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 .....