



DEMANDE D'INSCRIPTION

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

Allo'Buss – 20 cours National -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

Pour bénéficier du service, vous devez être titulaire d'une de ces 2 cartes :

Carte d'invalidité OUI NON

Carte priorité pour personne handicapée OUI NON

Date limite de votre carte d'invalidité :

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 (voir dossier d'inscription) :

- Photocopie de votre carte nationale d'identité
- Photocopie de votre carte d'invalidité ou de votre carte « priorité pour personnes handicapées » recto/verso
- 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'auinclus

COMPLEMENT d'INFORMATION

Nom du médecin expert Date de la visite.....

AVIS DEFAVORABLE Motif