

Adresse client :
M.

OBJET : Inscription au transport collectif adapté

Madame, Monsieur,

Vous êtes titulaire d'une carte d'invalidité à 80% ou plus, et vous souhaitez utiliser nos transports spéciaux à la demande, en raison d'un handicap de type « **moteur ou visuel** » qui vous empêche d'emprunter le réseau urbain Fil Bleu.

Afin que nous puissions vous proposer un service adapté à votre situation, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner le dossier ci-joint dûment rempli.

Nous interviendrons alors en fonction de votre situation. Nous serons ainsi informés de la nature des services à vous proposer, ainsi que des précautions que nous devons éventuellement observer pendant vos déplacements.

Une réponse vous sera adressée dans un délai de deux semaines. Cependant pour toute demande de transports réguliers il est impératif de nous recontacter après l'envoi de votre dossier. Il est donc important que vous complétiez et retourniez aussitôt les documents ci-joints accompagnés des justificatifs demandés.

Vos transports effectués dans le cadre de votre ALD (Affection Longue Durée) à destination des médecins, kinés, centres de soins spécialisés, feront l'objet d'une prescription médicale de transport délivrée par votre médecin pour une prise en charge par votre Caisse Médicale (CPAM ou autre). Vous devrez avoir recours à un taxi conventionné.

En aucun cas, nous ne pourrions effectuer ces transports.

Dès à présent, nous nous tenons à votre disposition pour toute demande d'information complémentaire.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Annie TOULET
Directrice

DOSSIER D'INSCRIPTION

L'USAGER

Mme M

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tél fixe :

Tél portable :

Adresse électronique :

LE RESPONSABLE LEGAL ET / OU LA PERSONNE A CONTACTER

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tél fixe :

Tél Portable :

LE TYPE DE HANDICAP

Votre handicap est de type :

Moteur Visuel

LA CARTE D'INVALIDITE

Taux d'invalidité :%

Date limite de validité de la carte : __ / __ / 20__

Votre handicap est-il temporaire ?

Oui Non

Si oui, durée prévisionnelle de ce handicap ?

Jusqu'au __ / __ / 20__

VOUS VOUS DEPLACEZ LE PLUS SOUVENT AVEC :

Un fauteuil roulant ?

Oui Non

Si oui, est-il :

manuel ?

pliable ?

électrique ?

non pliable ?

Si oui, peut-on attacher le fauteuil dans un véhicule ?

Oui Non

Si oui, et si votre fauteuil est pliable, pouvez-vous vous transférer **seul(e)** de votre fauteuil vers un siège de véhicule non adapté ?

Oui Non

Des cannes anglaises ou un déambulateur ?

Oui Non

Un chien d'assistance ou un chien guide ?

Oui Non

Autres ? Précisez :

Avez-vous des besoins spécifiques ?

.....

.....

.....

.....

.....

■ **LISTE DES PIÈCES À FOURNIR**

1. Si vous vous déplacez en **fauteuil roulant**, ou que vous êtes **non-voyant** titulaire d'une carte « *canne blanche* », « *cécité étoile verte* » ou « *besoin d'accompagnement cécité* » :

→ Copie recto verso de la carte d'invalidité

2. Dans tous les autres cas :

→ Copie recto verso de la carte d'invalidité

→ Copie de la carte d'identité

→ Certificat médical attestant de la **nature** de votre handicap (moteur, mental, visuel) d'une part, et d'autre part de votre impossibilité à utiliser les transports en commun du réseau urbain.

Dossier à **compléter** et à **renvoyer** accompagné des pièces justificatives indiquées ci-dessus, à l'adresse suivante :

FIL BLANC / Keolis Tours Access
10 rue des Granges Galand
37 550 SAINT AVERTIN

Cadre réservé à l'administration

Demande reçue le : __ / __ / 20__

Pièces jointes :

Copie recto verso de la carte d'invalidité

Copie de la carte d'identité

Certificat médical - Nom du Médecin Expert :

Date de la visite: __ / __ / 20__

Avis en date du : __ / __ / 20__

Favorable Défavorable

Motif :

Décision notifiée au demandeur le : __ / __ / 20__

Conformément à l'article 34 de la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez l'exercer en écrivant Fil Blanc – 10 rue des Granges Galand – 37 550 SAINT AVERTIN