



**Transport de
Personnes à Mobilité Réduite
DOSSIER D'ADMISSION**

1/ SITUATION DU DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Age : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

2/ MOBILITÉ RÉDUITE TEMPORAIRE OU PERMANENTE

Mobilité réduite permanente

Pièces justificatives fournies ?

Certificat médical circonstancié oui non

Carte d'invalidité ≥ 80 % oui non

Mobilité réduite temporaire

Pièces justificatives fournies ?

Certificat médical circonstancié mentionnant une date de fin d'incapacité temporaire oui non

Origine de la perte de mobilité *exemples : maladie (sans précisions médicales), fracture, etc :*

Nature et siège de la cause de perte de mobilité *exemples fracture du tibia, etc :*

Durée estimée de la perte de mobilité : _____

3/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOS TRANSPORTS

VOTRE UTILISATION DU RÉSEAU DE TRANSPORT

Utilisez-vous le réseau de transport en commun conventionnel de la CABA ? oui non

Si oui, quelles sont les lignes que vous empruntez ?

Principaux arrêts concernés par vos déplacements :

Arrêts de provenance : _____

Arrêts de destination : _____

VOTRE DEMANDE CONCERNANT LE TPMP

Déplacement : sans fauteuil avec fauteuil
 avec accompagnant sans accompagnant

Autres situations (à préciser) :

Nature des déplacements : professionnels autres

Préciser la nature exacte des déplacements :

Jours d'utilisation prévue du service :

- Tous les jours
 - matin OU A/M matin ET A/M
- 1 fois par semaine (préciser le jour) : _____
 - matin OU A/M matin ET A/M
- Plusieurs fois par semaine (préciser les jours) : _____
 - matin OU A/M matin ET A/M

Types de trajets : aller et retour aller simple retour simple

Principaux arrêts concernés par vos déplacements :

Arrêts de provenance : _____

Arrêts de destination : _____

Aurez-vous un accompagnant ?

oui

non

Si oui, il sera :

régulier

occasionnel

Renseignements complémentaires pouvant nous être utiles pour vous transporter :

Demande faite à Aurillac, le _____

Signature du demandeur

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
(Renseignements personnels et confidentiels)**

A déposer ou à renvoyer à : STABUS 8 rue Denis Papin 15000 Aurillac
Accompagnée des pièces justificatives exigées par le Règlement TPMP





1/ AVIS MÉDICAL

Je soussigné(e) _____, médecin traitant de
_____ atteste que cette personne est dans
l'incapacité d'emprunter les transports en commun conventionnels ⁽¹⁾ et peut utiliser le Transport de Personnes
à Mobilité Réduite (TPMR) suivant les modalités figurant dans le règlement ci-joint.

le _____

Signature

2/ USAGER

Je soussigné(e) _____, client(e) du Trans-
port de Personnes à Mobilité Réduite (TPMR), déclare avoir pris connaissance du Règlement TPMR ainsi que
du Règlement Voyageurs des transports en commun de la CABA, et m'engage à les respecter strictement.

le _____

Signature

⁽¹⁾ mention à rayer si la demande de TPMR s'entend comme un complément à l'utilisation des transports en commun conventionnels.