

Dossier d'inscription au service

TransGironde

PROXIMITÉ

ÉTAT CIVIL ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR

M^{me} M.

NOM : _____

PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / _____

ADRESSE

N° : ____ RUE OU LIEU-DIT : _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

TÉLÉPHONE DOMICILE : / / / / TÉLÉPHONE PORTABLE : / / / /

ADRESSE MAIL : _____ @ _____

VOTRE SITUATION

PERSONNE À MOBILITÉ RÉDUITE

EN FAUTEUIL ROULANT : OUI NON

PERSONNES ÂGÉES DE + DE 75 ANS

PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE

PERSONNE EN INVALIDITÉ TEMPORAIRE

Préciser la durée de l'incapacité : _____

PERSONNE EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

SANS EMPLOI OU EN INSERTION PROFESSIONNELLE

MOINS DE 18 ANS* (hors trajets scolaires et si moins de 16 ans : accompagnement obligatoire)

AUTRE PUBLIC

Préciser : _____

• Merci de bien vouloir préciser si la personne est en capacité de prendre des correspondances TransGironde ou Ter :

OUI NON

• Indiquer si la personne doit être accompagnée : OUI NON

si oui coordonnées de la personne accompagnante :

NOM : _____ ADRESSE : _____

PRÉNOM : _____

TÉLÉPHONE : __ / __ / __ / __ / __ ADRESSE MAIL : _____ @ _____

• Si la personne est non voyante doit-elle être accompagnée de son chien ? OUI NON

Commentaire éventuel pour situation particulière :

DÉPLACEMENTS SOUHAITÉS (plusieurs réponses possibles) :

- RDV MÉDICAUX
- CENTRES COMMERCIAUX
- MARCHÉS
- RABATTEMENT SUR POINTS D'ARRÊT TRANSGIRONDE
- RABATTEMENT VERS GARES TER

- MDSI
- PÔLE EMPLOI
- PÔLE SOLIDARITÉ
- ASSOCIATIONS CARITATIVES
- AUTRES : _____

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

DANS TOUS LES CAS :

- photocopie d'une pièce d'identité
- photocopie d'un justificatif de domicile
- avis d'imposition ou autre justificatif de ressources

Et en fonction de votre situation joindre la copie de tout document justificatif permettant d'attester de votre situation particulière : invalidité, précarité, recherche d'emploi, autre...

DATE ET SIGNATURE :

DOSSIER À RETOURNER À :

LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES (CDC) DE MONTESQUIEU

SITE MONTESQUIEU

1 ALLÉE JEAN ROSTAND

33 651 MARTILLAC

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez contacter la CDC au : **05 57 96 01 20**

**Après avis de la Commission Locale d'Accessibilité, vous serez informé de la suite réservée à votre demande.
Si votre dossier a été accepté vous recevrez à domicile votre carte d'ayant droit.**

ACCORD DE LA COMMISSION LOCALE D'ACCESSIBILITÉ : OUI

NON MOTIFS DE REFUS : _____

PÉRIODE D'OUVERTURE DES DROITS : DU __ / __ / ____ AU __ / __ / ____

ZONE RÉSERVÉE À LA CDC

