

Dossier d'inscription au service

# TransGironde

## PROXIMITÉ

### ÉTAT CIVIL ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR

M<sup>me</sup>  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

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

