



# SERVICE TRANSPORT DE PERSONNES A MOBILITE REDUITE HANDIBUS

Dossier d'inscription

Carte n°

## ETAT CIVIL

Mme       M.

NOM : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

## VOS COORDONNEES

Adresse

N° : \_\_\_\_\_

Rue ou lieu-dit : \_\_\_\_\_

N° appartement : \_\_\_\_\_ Etage : \_\_\_\_\_ Ascenseur : Oui  Non

Escaliers : Oui  Non

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## Dans le cadre d'un déplacement professionnel

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

### *Cadre réservé au Service Mobilité*

Avis Favorable

Avis Défavorable

Prononcé pour une durée de :

à compter du :

# INVALIDITE

---

Avez-vous une carte d'invalidité

OUI

NON

Si OUI précisez :

- Carte MDPH avec mention « station debout pénible »

- 80% ou plus

- autre % précisez : .....

- Carte CECITE ETOILE VERTE

- Carte CANNE BLANCHE

- Autre carte précisez : .....

La mention « tierce personne » figure-t-elle sur votre carte :

OUI

NON

Vous êtes en fauteuil roulant :

OUI

NON

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

---

- 1 photo d'identité récente

- 1 photocopie recto verso de votre carte d'invalidité ou tout autre justificatif

Le dossier complet est à remettre à l'adresse suivante :

**Communauté d'Agglomération Bergeracoise**

**Service Mobilité et Déplacement**

**Domaine de la Tour**

**CS 40012**

**24112 BERGERAC CEDEX**

Fait à .....

Signature

Le .....