

FICHE D'IDENTITE

M. Mme

Nom : Prénom :

Adresse : Maison individuelle : sans étage avec étage
Appartement : sans ascenseur avec ascenseur

N° Rue

Code postal Commune.....

N° de téléphone :

Date de naissance :/...../.....

Situation :

Etes-vous Retraité(e) ? OUI NON

Ou exercez-vous une activité professionnelle ? OUI NON

Si oui, nom et adresse de l'employeur :

.....

.....

Coordonnées de la personne à joindre en cas de besoin :

M. Mme Nom : Prénom :

Adresse : N° Rue

Code postal Commune.....

N° de téléphone :

DESCRIPTION DU HANDICAP

Marche possible : OUI NON

Marche difficile avec : cannes
déambulateur

Marche impossible : utilisation fauteuil roulant pliant
utilisation fauteuil roulant non pliant

Station debout : possible
pénible
impossible

Possibilité de descendre seul(e) du domicile jusqu'au trottoir : OUI NON

Besoin d'un accompagnateur personnel : OUI NON

Si oui, dans quel cas avez-vous besoin d'un accompagnateur ?

.....

.....

Aide à la montée et à la descente du véhicule nécessaire : OUI NON

Avez-vous besoin d'une aide pour vous transférer dans un taxi ? OUI NON

Doit-on vous porter pour monter dans un taxi ? OUI NON

Bon équilibre assis : OUI NON

Problèmes particuliers à spécifier :

.....

.....

.....

Fait à : le :

Signature de l'intéressé(e) :

Transport des Personnes à Mobilité Réduite (TPMR)

DEMANDE D'ADMISSION

Cadre réservé au service TPMR

Nom :
Prénom :
Commune :
Carte Invalidité :.....%...Date de validité :.....
N° de carte :.....
Admission jusqu'au
1^{er} renouvellement :.....
2^{ème} renouvellement

photo

Dossier à retourner à :

Transports Publics du Choletais

Service TPMR

24 rue de la Jominière

CS 21974

49319 CHOLET CEDEX

☎ :02.41.49.02.80

Du lundi au vendredi de 13h45 à 17h

e-mail tpmr.tpc@choletbus.fr

Pièces à joindre :

- 1 – Un certificat médical explicatif et justificatif sous pli cacheté ci-joint
- 2 – Un chèque de 5,00€ pour les frais d'établissement (à l'ordre de T.P.C.)
- 3 – Une photo d'identité récente (noter nom et prénom au dos)
- 4 – Une photocopie de la carte Vitale et de l'attestation Sécurité Sociale
- 5 – Pour les titulaires de la carte d'invalidité :
Photocopie de la carte **recto-verso**
- 6 – Avis d'imposition en cours **uniquement** pour les personnes non-titulaires de la carte d'invalidité (minimum 80%)

**Certificat obligatoire et confidentiel,
remis sous enveloppe cachetée au médecin siégeant
à la Commission d'admission Transport des Personnes à Mobilité Réduite
et conservé par celui-ci.**

MEDECIN SIEGEANT A LA COMMISSION TPMR
Dr Langeron
13 rue Bretonnaise – 49300 CHOLET
Tél : 02.41.58.34.98

Demande à remplir le plus complètement possible par le médecin traitant.

La décision est prise sans examen médical du patient.

Transport des Personnes à Mobilité Réduite (TPMR)

Coordonnées du patient :

M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

*Taille : *Poids :

S'agit-il d'un handicap : physique mental sensoriel

**Indispensable*

Nature de l'affection justifiant la demande (*Évitez les abréviations et sigles - Merci*) :

.....
.....

- Trouble fonctionnel principal :

.....
.....

- Possibilités évolutives :

.....
.....

- Problèmes médicaux associés :

.....
.....

BILAN FONCTIONNEL

Trouble de l'équilibre : OUI NON

Si oui, nature, intensité :

Équilibre assis : OUI NON

Existence de troubles de la marche ? OUI NON

1. La marche est cependant possible : (Cochez)

- Périmètre de marche :

- Aides techniques à la marche (cannes, déambulateur, rolateur...) :

- Station debout possible pendant un temps limité : OUI NON

- Franchissement de marches possible : OUI NON

- Usage intermittent d'un fauteuil roulant : OUI NON

2. La marche est impossible : (Cochez)

- Pour quelle raison ?

- Usage d'un fauteuil roulant : OUI NON

À commande : - manuelle - électrique

- Nécessite une aide extérieure : OUI NON

Une assistance est-elle nécessaire ?

- À titre de surveillance permanente : OUI NON

- Courses en magasin : OUI NON

- Rendez-vous divers (médecin par exemple, ...) : OUI NON

- Autres (Précisez) : OUI NON

- Seulement pour l'installation dans un véhicule : OUI NON

- Pour autre raison (défaut d'équilibration ...) : OUI NON

- Autres (détaillé) :

Troubles vésico-sphinctériens ? OUI NON

Si oui, de quel type ?

- Appareillage de continence OUI NON

Conclusions du médecin traitant :

Date, signature et tampon du médecin traitant