

FICHE D'IDENTITÉ

M. Mme

Nom : Prénom :

Adresse : Maison individuelle : sans étage avec étage

Appartement : sans ascenseur avec ascenseur

N° : Rue :

Code Postal : Commune :

Téléphone :

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

1^{ère} demande Renouvellement

Cadre réservé au service TPMR

Prise en charge : Trottoir Domicile

Statut :

Accompagnateur : Sans accompagnateur
 Avec accompagnateur
 Avec accompagnateur obligatoire

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 :

Téléphone : Email :

DESCRIPTION DU HANDICAP

Marche possible : OUI NON

Marche lente : OUI NON

Marche difficile avec : Canes
 Déambulateur
 Rolateur

Marche impossible : Utilisation fauteuil roulant pliant
 Utilisation fauteuil roulant non pliant
 Utilisation fauteuil roulant transférable

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

Troubles intellectuels : OUI NON

Troubles visuels : OUI NON

Problèmes particuliers à spécifier :

.....
.....
.....

Fait à : Le :

Signature de l'intéressé(e) :

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

TRANSPORT DES PERSONNES À MOBILITÉ RÉDUITE (TPMR)



Cadre réservé au service TPMR

Nom :
Prénom :
Commune :
Carte Mobilité Inclusion (ex carte d'invalidité) : %
Date de validité :
N° de carte :
Admission le :
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**

Tel : 02 41 49 02 80
Du lundi au vendredi de 8h45 à 12h et de 13h45 à 17h
Email : tpmr.tpc@choletbus.fr

PIÈCES À JOINDRE :

- 1 - Un certificat médical explicatif et justificatif sous pli cacheté ci-joint
- 2 - Un chèque de 5€ pour les frais d'établissement (à l'ordre de T.P.C)
- 3 - Une photo d'identité récente (noter votre 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 mobilité inclusion portant la mention invalidité : photocopie de la carte **recto-verso**
- 6 - Avis d'imposition en cours **uniquement** pour les personnes non-titulaires de la CMI (minimum 80%)