

## 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<sup>ère</sup> 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<sup>er</sup> renouvellement : .....  
2<sup>ème</sup> 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](mailto: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%)