



FICHE DE RENSEIGNEMENTS SERVICE DE TRANSPORT A LA DEMANDE POUR LES PERSONNES A MOBILITE REDUITE

Renvoyez cette fiche de renseignements complétée et accompagnée de vos pièces justificatives au 10 chemin de la Marouette BP30411 64104 Bayonne Cedex.

Si vous rencontrez une difficulté pour compléter la fiche de renseignements, vous pouvez nous contacter par téléphone au : 05 47 75 76 64.

VOS COORDONNEES

Nom* : _____ Prénom* : _____

Adresse* : _____

Si nécessaire, précisez l'étage _____

Avec ascenseur ? OUI NON

Interphone ? OUI NON

Code Postal* : _____

Ville* : _____

Date de naissance : ____/____/____

Tél* : ____/____/____/____

Email** : _____@_____. _____

Langue de préférence : Français Basque

*Informations obligatoires pour l'inscription au service

**Email utilisé uniquement dans le cadre des informations du service (ex : confirmation de réservation de votre transport)



REPRESENTANT LEGAL / TUTEUR / CURATEUR / PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (rayer les mentions inutiles)

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

QUELLES SONT LA (LES) CARTE(S) MOBILITE INCLUSION (CMI) QUE VOUS POSSEDEZ ?

CMI Stationnement CMI Priorité CMI Invalidité

Vous avez besoin d'un accompagnant : OUI NON

VOTRE MOBILITE

Fauteuil roulant ?

OUI NON
 En fauteuil roulant électrique
 En fauteuil roulant manuel

Cannes d'appui ?

OUI NON

simples
 anglaises

Chien guide ?

OUI NON

Station debout pénible ?

OUI NON

Aide d'une tierce personne ?

OUI NON



QUELLES SONT VOS DESTINATIONS PRINCIPALES ?

Vous pouvez saisir ci-dessous jusqu'à 2 destinations principales.

Votre destination principale n°1

Nom de la destination : _____

Adresse de la destination :

Numéro de la rue : _____

Nom de la rue : _____

Commune : _____

Quel est le motif de votre trajet :

Travail

Etudes

Médical

Courses

Loisirs

Visites famille

Une fois sorti(e) du véhicule, je peux me rendre **seul(e)** à cette destination ? NON OUI

Informations complémentaires : _____

Votre destination principale n°2

Nom de la destination : _____

Adresse de la destination :

Numéro de la rue : _____

Nom de la rue : _____

Commune : _____

Quel est le motif de votre trajet :

Travail

Etudes

Médical

Courses

Loisirs

Visites famille

Une fois sorti(e) du véhicule, je peux me rendre **seul(e)** à cette destination ? NON OUI

Informations complémentaires : _____



Fait à : _____ Le __ / __ / 20__

Signature du demandeur ou de son
représentant légal

Pièces complémentaires à joindre au présent dossier :

- **Différentes cartes invalidités en votre possession*.**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, les informations demandées sur ce présent formulaire sont nécessaires au traitement de votre demande.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications vous concernant auprès de RATP Dev Pays Basque Adour, 10 chemin de la Marouette BP30411 64104 Bayonne Cedex ; sauf opposition de votre part, elles pourront être utilisées par RATP Dev Pays Basque Adour, soit par l'intermédiaire de ses partenaires contractuels.

