

DEMANDE D'INSCRIPTION AU SERVICE HANDI'ALLIANCE

REEMPLIR (RECTO-VERSO) AVEC SOIN ET RETOURNER A : Keolis grand Auch,
7, place de la Libération
32000 AUCH

Cadre réservé au service
N°
AG

VOTRE IDENTITE

Mme Mlle M. NOM : Prénom :

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

Adresse :

Complément d'adresse :

Code Postal : /...../...../...../...../...../ Commune :

N° : Domicile : Fixe : - - - - N° sur liste rouge : OUI NON

(obligatoire) Portable : - - - -

Travail : - - - -

Personne à contacter si nécessaire : - - - -

NOM : Prénom :

HANDICAP

Possédez-vous une carte d'invalidité ? OUI NON

Taux d'invalidité :%

Utilisez-vous ?

fauteuil roulant manuel chien d'assistance

fauteuil roulant électrique

Fait à, le/...../.....

NOM : Prénom :

Signature du demandeur :



Pièces à joindre :

- **Photocopie de la carte d'invalidité recto/verso**
- **Certificat médical, ci-joint à faire établir par votre médecin traitant ou médecin spécialiste** (obligatoire si vous ne possédez pas de carte d'invalidité égale ou supérieure à 80%)
- **Une photo d'identité**
- **Un justificatif de domicile** (quittance EDF ou Téléphone)

Cadre réservé à la commission d'accès

Réunion de la commission d'admission du :/...../.....

- AVIS FAVORABLE** admission prononcée à titre :
- Définitif avec réactualisation annuelle
 - Provisoire - soit jusqu'au inclus

COMPLEMENT d'INFORMATION

Nom du médecin expert : Date de la visite :/...../.....

- AVIS DEFAVORABLE :**
- Motifs :

Pour les personnes ne possédant pas une carte d'invalidité égale ou supérieure à 80%

⇒ Ce certificat, rempli par votre médecin traitant ou médecin spécialiste, doit être mis sous pli fermé dans une enveloppe sur laquelle vous inscrivez vos nom et prénom avec la mention CONFIDENTIEL.

Nom Prénom

Sexe : F M Né(e) le :/...../.....

I – NATURE DE L’AFFECTION JUSTIFIANT LA DEMANDE : faire une description détaillée

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

DUREE de l’handicap invalidant : PERMANENTE TEMPORAIRE si oui
indiquer la durée prévisionnelle du handicap

II – TROUBLE FONCTIONNEL ET/OU MENTAL PRINCIPAL :

.....
.....

III – POSSIBILITES EVOLUTIVES :

.....
.....

IV – PROBLEMES MEDICAUX ASSOCIES :

.....
.....

V – BILAN FONCTIONNEL

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre | <input type="checkbox"/> Trouble de la marche |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'orientation | <input type="checkbox"/> Trouble de la vue |
| <input type="checkbox"/> Autre préciser : | |



VII - USAGE de CANNES ou DEAMBULATEUR pour les déplacements ? OUI NON

- En permanence OUI NON

- De façon intermittente OUI NON

Préciser la durée : jusqu'au.....

VIII - STATION DEBOUT possible pendant un temps limité ? OUI NON

IX - FRANCHISSEMENT de MARCHES possible ? OUI NON

X - USAGE d'un FAUTEUIL ROULANT obligatoire pour les déplacements ?

- En permanence OUI NON

- De façon intermittente OUI NON

Préciser la durée : jusqu'au.....

XI - AIDE EXTERIEURE indispensable pour les déplacements ?

- En permanence OUI NON

- Seulement pour l'installation dans le véhicule OUI NON

XII - LA PERSONNE EST ELLE APTE A EMPRUNTER LE RESEAU DES AUTOBUS URBAINS

- Seule OUI NON - Accompagnée OUI NON

XIII - OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

.....

NOM du médecin :

Fait à, le/...../.....

Signature : Cachet