

DOSSIER D'INSCRIPTION



COORDONNEES DE L'USAGER

Mme Melle M

Nom :	Prénom :
Tél fixe :	Tél portable :
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Adresse électronique :	

COORDONNEES DU RESPONSABLE LEGAL (le cas échéant)

Nom :	Prénom :
Tél fixe :	Tél Portable :
Adresse :	
Code postal :	Commune :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom :	Prénom :
Tél fixe :	Tél Portable :

CARTE D'INVALIDITE

Taux d'invalidité :%	
Date limite de validité de la carte : __ / __ / 20__	
La mention « <i>carte tierce personne</i> » ou « <i>besoin d'accompagnement</i> » figure-t-elle sur la carte ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre handicap est-il temporaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, durée prévisionnelle de ce handicap ?	Jusqu'au __ / __ / 20__

VOUS VOUS DEPLACEZ LE PLUS SOUVENT AVEC :

Un fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, est-il :	<input type="checkbox"/> manuel ? <input type="checkbox"/> électrique ?
Si oui, peut-on attacher le fauteuil dans un véhicule ?	<input type="checkbox"/> pliable ? <input type="checkbox"/> non pliable ?
Des cannes anglaises ou un déambulateur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un chien d'assistance ou un chien guide ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres ? Précisez :	

Merci de nous signaler d'éventuelles difficultés d'accès à votre domicile :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Appartement en étage sans ascenseur | Précisez l'étage : __ __ |
| <input type="checkbox"/> Marches pour accéder au bâtiment | Précisez le nombre de marches : __ __ |
| <input type="checkbox"/> Autre | Précisez : |

Avez-vous des besoins spécifiques ?

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

■ LISTE DES PIECES A FOURNIR

1. Si vous vous déplacez en **fauteuil roulant**, ou que vous êtes titulaire d'une carte « **canne blanche** » ou « **cécité étoile verte** » :

→ Copie recto verso de la carte d'invalidité

2. Dans tous les autres cas :

→ Copie recto verso de la carte d'invalidité

→ Copie de la carte d'identité

→ Certificat médical (à faire établir par un médecin expert agréé) attestant qu'il ne vous est pas possible d'utiliser les transports en commun du réseau urbain.

Dossier à **compléter** et à **renvoyer** accompagné des pièces justificatives indiquées ci-dessus, à l'adresse suivante :

FIL BLANC / TPMR TOURS
23 rue Ettore Bugatti – BP 438
37 204 TOURS CEDEX 3

Cadre réservé à l'administration

Demande reçue le : __ / __ / 20__

Pièces jointes :

Copie recto verso de la carte d'invalidité

Copie de la carte d'identité

Certificat médical - Nom du Médecin Expert :

Date de la visite: __ / __ / 20__

Avis du SITCAT en date du : __ / __ / 20__

Favorable Défavorable

Motif :

Décision notifiée au demandeur le : __ / __ / 20__

Conformément à l'article 34 de la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez l'exercer en écrivant Fil Blanc – 23 rue Ettore Bugatti – BP 438 – 37 204 TOURS CEDEX