



SERVICE DU TRANSPORT DES PERSONNES A MOBILITE REDUITE

Formulaire à retourner à :

Monsieur le Président de la CABRI
Service TRANSPORT
3, place de la Résistance
BP 4403
22044 SAINT-BRIEUC cedex 2

Règlement au 1^{er} Janvier 2006

Pièce à joindre : copie recto-verso de la carte d'invalidité

Renseignements administratifs

Nom	.....
Nom de jeune fille	.....
Prénom	.....
Date de naissance	.....
Adresse	.....

Code postal	.....
Ville	.....
Téléphone	.....

Etes vous déjà utilisateur du transport des PMR : oui non

Renseignements concernant le handicap du demandeur

Carte d'invalidité: oui – non :

Numéro de la carte :

Taux : % Fin de validité : date

Mention Station debout pénible oui – non
ou priorité pour personne handicapée

Mention tierce personne oui – non

Ou besoin d'accompagnement

Mention Canne Blanche oui – non

Carte étoile verte ou cécité oui – non

Mesures apportées

Cannes
Fauteuil pliant
Fauteuil manuel
Fauteuil électrique
Scooter ou tricycle électrique
Autre

Pouvez vous utiliser un véhicule type taxi oui non
Avez vous besoin lors de vos déplacements d'un appareillage autre que le fauteuil
(ex : respirateur) : oui non
Votre handicap nécessite-t-il la présence d'une tierce personne lors de vos
déplacements : oui non
Pouvez vous réaliser seul votre transfert de véhicules : oui non

Renseignements concernant les déplacements

Motifs des déplacements

Travail : oui non

Adresse professionnelle :
.....

Numéro de téléphone travail :

Autre : oui non

(joindre attestation employeur si déplacement lié au travail)

Contacts

Nom et coordonnées de la personne à contacter en cas de problèmes :

Nom	.....
Prénom	.....
Date de naissance	.....
Adresse	..........
Code postal	.....
Ville	.....
Téléphone	.....

Fait à :

Le

Signature du demandeur