

N° de client : .....

Passage en commission :  Oui  Non

Réponse commission :  Accord  Refus

Droits ouverts jusqu'au : .....

**TRANSPORT À LA DEMANDE DE  
GRANDANGOULÊME POUR LES PERSONNES À  
MOBILITÉ RÉDUITE OU EN SITUATION DE  
HANDICAP**

**DOSSIER D'ADMISSION AU SERVICE**

**Demandeur**

Mme  Mlle  M.

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Commune : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

E-mail : .....

Nom, adresse et n° de téléphone de la personne intervenant en cas de besoin et habilitée à réserver à la place de l'intéressé(e) :

.....

.....

.....

## Dossier à remplir

### Motif principal de vos déplacements :

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Travail       | <input type="checkbox"/> Achats       |
| <input type="checkbox"/> Administratif | <input type="checkbox"/> Loisirs      |
| <input type="checkbox"/> Médical       | <input type="checkbox"/> Autre :..... |

### Quels titres de transport utiliserez-vous pour ce service?

- Ticket     Carte à puce

### Conditions de déplacement :

Afin d'assurer un service de qualité qui réponde au mieux à vos besoins, merci de préciser les éléments suivants :

### Quelle est la nature de votre handicap :

- Moteur, préciser .....
- Sensoriel, préciser .....
- Autre, préciser .....

### Pour vous, la marche est-elle :

#### → Possible :

- Oui     Non

#### → Difficile avec :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cannes simples | <input type="checkbox"/> Cannes béquilles |
| <input type="checkbox"/> Tripode        | <input type="checkbox"/> Déambulateur     |

#### → Impossible :

- Fauteuil roulant électrique
- Fauteuil roulant non électrique
- Fauteuil roulant pliable

**Avez-vous un appareillage spécifique :**

Oui  Non

Si oui, précisez : .....

**Vous déplacez vous avec un chien guide :**

Oui  Non

Pour l'installation dans le véhicule :

➔ Vous est-il possible de monter ou descendre 2 à 3 marches ?

Oui  Non

➔ Avez-vous besoin d'aide pour monter ou descendre du véhicule ?

Oui  Non

Lors de vos déplacements :

➔ Prévoyez-vous qu'une personne vous accompagne ?

Oui  Non

➔ Si oui, sa présence sera-t-elle systématique ?

Oui  Non

La personne qui vous accompagne pour vous aider voyagera gratuitement.

Informations complémentaires :

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

## Pièces obligatoires à joindre au dossier :

- 1 photocopie de **votre pièce d'identité**
- L'attestation sur l'honneur** datée et signée (ci-joint)

## Selon votre situation :

- 1 photocopie du document justifiant votre situation :
  - Soit photocopie recto-verso de **votre carte d'invalidité**
  - Soit photocopie recto-verso de **votre carte européenne de stationnement**
  - Soit photocopie recto-verso de **votre carte de priorité**
  - Soit photocopie du **document justificatif** du versement de **l'Allocation personnalisée d'autonomie** (justifiant du classement GIR 1 à 4)
  - Soit **1 certificat médical** pour les personnes souhaitant un **accès temporaire** (inférieur à 2 mois)
- Ou le **questionnaire médical** rempli par votre médecin traitant dans une enveloppe cachetée avec la mention « CONFIDENTIEL » (pour le soumettre à l'avis du médecin conseil).

N'hésitez pas à joindre tout autre photocopie de document que vous jugerez nécessaire de nous transmettre.

## Informations d'accès au service

### L'accès au service est direct pour :

- Les personnes bénéficiant d'une **carte d'invalidité**
- Les personnes bénéficiant d'une **carte européenne de stationnement**
- Les personnes bénéficiant d'une **carte de priorité**
- Les personnes bénéficiant de **l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie** (justifiant du classement GIR 1 à 4)
- Les personnes souhaitant un **accès temporaire** au service **n'excédant pas 2 mois** lié à un handicap temporaire, sur présentation d'un certificat médical. Cet accès temporaire sera reconductible 2 fois maximum.

**Si vous ne remplissez pas les conditions ci-dessus, merci de faire remplir le questionnaire médical prévu à cet effet par votre médecin traitant, et de le joindre à ce dossier.**

➔ Si votre incapacité, permanente ou temporaire, ne vous permet pas d'utiliser le réseau de bus classique :

- vous pourrez utiliser le service **uniquement après avis du médecin conseil** de la commission d'accès (sur la base d'un questionnaire médical à faire remplir par votre médecin traitant).

Délais de traitement du dossier : maximum 1 mois

## Dossier à retourner à l'adresse suivante :

➤ **STGA (Service Libus)**

554 route de Bordeaux

BP 32322 – 16023 ANGOULÊME Cedex

Ou à déposer au :

➤ **Kiosque STGA**, place Bouillaud, 16000 Angoulême

## Loi informatique et liberté :

En application de l'article 27 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite loi « Informatique et Libertés », les informations qui vous sont demandées sont nécessaires au traitement de votre dossier. La loi vous garantit un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant.

## Attestation :

Je soussigné(e) M. / Mme .....  
certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier,  
toute mention d'information erronée entraîne ma responsabilité.

Je déclare avoir pris connaissances des Conditions  
Générales du service de transport à la demande de  
GrandAngoulême des Personnes à Mobilité Réduite ou en  
situation de handicap

Fait à ....., le .....

Signature :