



Demande d'accès au service ISIGO

Cadre réservé au Médecin Conseil

- Service ISIGO refusé
- Service ISIGO accordé jusqu'au/...../..... (maximum 1 an)

Certificat médical

L'accès au service ISIGO est réservé aux personnes à mobilité réduite qui sont dans l'impossibilité de prendre les transports collectifs traditionnels Yélo.

- Pour les personnes ne possédant pas de carte d'invalidité ou de carte mobilité inclusion (CMI), d'un taux égal ou supérieur à 80 %.
- Ce certificat, rempli par votre médecin traitant ou médecin spécialiste est destiné au médecin. Il doit être mis sous pli cacheté dans une enveloppe portant la mention « CONFIDENTIEL ».

IDENTITE DE LA PERSONNE :

NOM : Prénom :

Adresse :
.....

Sexe : Femme Homme..... Né (e) le :/...../.....

1. NATURE DU HANDICAP

- Moteur, préciser :
- Sensoriel, préciser :
- Autre, préciser :

2. DUREE DE L'HANDICAP INVALIDANT :

- Permanente Temporaire - Durée prévisionnelle :

3. NATURE DES DIFFICULTES RENDANT DIFFICILE OU IMPOSSIBLE L'UTILISATION DU BUS

- Ostéoarticulaires, préciser :
- Neurologiques, préciser :
- Cardiovasculaires, préciser :
- Respiratoires, préciser :
- Troubles de l'orientation et/ou de la mémoire, préciser
- Troubles du comportement, préciser :
- Troubles de l'équilibre, préciser :
- Troubles visuels, préciser :
- Autre, préciser :

4. PERIMETRE DE MARCHÉ : mètres (environ).

Distance (approximative) et accessibilité entre le domicile et l'arrêt de bus le plus proche :mètres

Nom de l'arrêt :

5. STATION DEBOUT possible pendant un temps limité ?

OUI durée (approximative) : NON

6. FRANCHISSEMENT DE MARCHES possible ?

OUI nombre de marches : NON

8. PROBLEMES MEDICAUX ASSOCIES :
.....
.....
.....

9. APPAREILLAGE

- Fauteuil manuel Fauteuil électrique
 - 1 canne 2 cannes
 - Déambulateur
 - Orthèses, type, adaptation :
 - Prothèses, type, adaptation :
 - Autre appareillage permanent (exemples : dispositif respiratoire, sonde à demeure, ...)
-

10. MODALITES DE TRANSPORT

La personne :

- peut être transportée en compagnie d'autres voyageurs OUI NON
- nécessite une aide pour monter ou descendre du véhicule OUI NON
- nécessite un accompagnateur en cours de transport (appareillage, trouble du comportement,...)
 OUI NON

11. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES utiles à l'étude du dossier

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

Je soussigné, Docteur en médecine, constate que Monsieur / Madame parait être ainsi dans l'impossibilité de prendre les transports traditionnels Yélo et certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier.

NOM du médecin :

Fait à....., le

Signature :

Cachet

