



# 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

