

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION AU SERVICE D'AIDE A LA MOBILITE SAMIBUS

## Fiche de renseignements

Nom - Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Téléphone portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Adresse email : .....

Photo identité

**Cochez les cases qui vous correspondent :** (cocher les cases correspondantes)

- Etes-vous en capacité d'utiliser le bus/car ?  Oui  Non  
Difficulté à me déplacer en bus/car ?  Oui  Non  
Quels problèmes rencontrez-vous pour utiliser le bus/car ?  
 Arrêt de bus/car trop loin du domicile  Manque de place dans le bus/car  
 Pas d'arrêt de bus/car proche de la destination  Difficulté à me déplacer dans le bus/car  
 Difficulté à monter et à descendre du bus/car (marches)  Méconnaissance du réseau (arrêts, lignes, destinations)  
 Difficulté à obtenir des informations à l'intérieur du bus/car  Horaires inadaptés (trop d'attente...)  
 Autre .....

Vous déplacez-vous en fauteuil roulant ?  Oui manuel  Oui électrique  Non

A quels horaires vous déplacez-vous généralement ? .....

Avez-vous bénéficié d'une aide pour remplir ce dossier de demande d'accès au SAMIBUS ?  Oui  Non

Si oui, merci de bien vouloir indiquer le nom et le numéro de téléphone de la personne :

Nom - Prénom : .....

Téléphone portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**J'atteste sur l'honneur accepter pleinement le règlement de service**

À : ....., le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

# Certificat médical

## À faire remplir par le médecin traitant

L'accès au service SAMIBUS est réservé aux personnes en situation de perte d'autonomie ou en situation de handicap qui sont dans l'impossibilité d'utiliser le bus/car.

### IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Sexe :  Femme  Homme Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### NATURE DU HANDICAP

Moteur, préciser : .....

Sensoriel, préciser : .....

Autre handicap invisible (cognitif, mental, intellectuel, psychique), préciser : .....

Trouble de santé chronique invalidant, préciser : .....

Polyhandicap, préciser : .....

### DUREE DU HANDICAP INVALIDANT

Permanente  Temporaire - Durée prévisionnelle : .....

### NATURE DES DIFFICULTES RENDANT DIFFICILE OU IMPOSSIBLE L'UTILISATION DU BUS/CAR

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 : .....

**PERIMETRE DE MARCHÉ** : ..... mètres (environ).

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

Nom de l'arrêt : .....

**STATION DEBOUT** possible pendant un temps limité ?

Oui durée (approximative) : .....  Non

**FRANCHISSEMENT DE MARCHES** possible ?

Oui  Non

**APPAREILLAGE**

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

.....

.....

**BESOINS PARTICULIERS LIES AU TRANSPORT**

La personne peut être transportée en compagnie d'autres voyageurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La personne est-elle en capacité de se préparer et de se rendre sur l'espace public et d'attendre le transport SAMIBUS devant son domicile ? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La personne nécessite une aide pour monter ou descendre du véhicule	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La personne nécessite un accompagnateur en cours de transport (appareillage, trouble du comportement...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La personne nécessite une assistance médicale en cours de transport (appareillage, trouble du comportement...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**NIVEAU DE GIR :**

- GIR 1     GIR 2     GIR 3     GIR 4

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** utiles à l'étude du dossier

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné, .....,  
constate que Monsieur / Madame .....  
paraît être ainsi dans l'impossibilité d'utiliser le bus/car et certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier.

NOM du médecin : .....

Fait à : ....., le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

Cachet

---

<sup>1</sup> Le transport SAMIBUS réalise une prise en charge uniquement en porte à porte sur l'espace public et n'a pas vocation à rentrer sur la propriété ni dans le domicile du bénéficiaire ni même de l'assister dans sa préparation.

# Administration du dossier

## Cadre réservé à EPN

Date réception dossier services EPN : .....

Date de traitement du dossier : .....

Dossier conforme et complet :  OUI  NON

Commentaire : .....

.....

.....

.....

## Cadre réservé à la CIS

Date passage en CIS : .....

Avis de la Cis sur l'accès au service :  Favorable  Défavorable

Commentaire : .....

.....

.....

.....

## Cadre réservé à EPN

Avis d'EPN sur l'accès au service :  Favorable  Défavorable

Commentaire : .....

.....

.....

Date de réponse au demandeur : .....

Observations : .....

.....

.....

## Cadre réservé à TU

Date de réception du dossier : .....

Date inscription au service : .....

N° adhérent : .....