

Dossier d'inscription au service

TransGironde

PROXIMITÉ

ÉTAT CIVIL ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR

M^{lle} M^{me} M.

NOM : _____

PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / _____

ADRESSE

N° : ____ RUE OU LIEU-DIT : _____

CODE POSTAL : ____ COMMUNE : _____

TÉLÉPHONE DOMICILE : 05 / __ / __ / __ / __ TÉLÉPHONE PORTABLE : 06 / __ / __ / __ / __

ADRESSE MAIL : _____ @ _____



VOTRE SITUATION

PERSONNE À MOBILITÉ RÉDUITE

EN FAUTEUIL ROULANT : OUI NON

PERSONNES ÂGÉES DE + DE 75 ANS

PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE

PERSONNE EN INVALIDITÉ TEMPORAIRE
Préciser la durée de l'incapacité : _____

PERSONNE EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

SANS EMPLOI OU EN INSERTION PROFESSIONNELLE

MOINS DE 18 ANS* (hors trajets scolaires et si moins de 16 ans : accompagnement obligatoire)

AUTRE PUBLIC
Préciser : _____

• Merci de bien vouloir préciser si la personne est en capacité de prendre des correspondances TransGironde ou Ter :

OUI NON

• Indiquer si la personne doit être accompagnée : OUI NON

si oui coordonnées de la personne accompagnante :

NOM : _____ ADRESSE : _____

PRÉNOM : _____

TÉLÉPHONE : __ / __ / __ / __ / __ ADRESSE MAIL : _____ @ _____

• Si la personne est non voyante doit-elle être accompagnée de son chien ? OUI NON

Commentaire éventuel pour situation particulière :



DÉPLACEMENTS SOUHAITÉS (plusieurs réponses possibles):

- RDV MÉDICAUX
- CENTRES COMMERCIAUX
- MARCHÉS
- RABATTEMENT SUR POINTS D'ARRÊT TRANSGIRONDE
- RABATTEMENT VERS GARES TER

- MDSI
- PÔLE EMPLOI
- ASSOCIATIONS CARITATIVES
- AUTRES : _____

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

DANS TOUS LES CAS :

- photocopie d'une pièce d'identité
- photocopie d'un justificatif de domicile

Et en fonction de votre situation joindre la copie de tout document justificatif permettant d'attester de votre situation particulière : invalidité, précarité, recherche d'emploi, autre...



DATE ET SIGNATURE :

DOSSIER A RETOURNER À :
LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES (CDC) MÉDOC-ESTUAIRE
26 RUE DE L'ABBÉ FRÉMONT
33 460 ARSAC

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez contacter la CDC au : **05 57 88 08 08**

Après avis de la Commission Locale d'Accessibilité, vous serez informé de la suite réservée à votre demande.
Si votre dossier a été accepté vous recevrez à domicile votre carte d'ayant droit sur laquelle figurera votre période d'ouverture de droit et votre numéro de client. Ce numéro vous permettra ensuite de pouvoir réserver votre transport.

ACCORD DE LA COMMISSION LOCALE D'ACCESSIBILITÉ : OUI

NON MOTIFS DE REFUS : _____

PÉRIODE D'OUVERTURE DES DROITS : DU __ / __ / ____ AU __ / __ / ____

ZONE RÉSERVÉE À LA CDC

