

FAIT À :

LE : | | | | | | | | | |

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement transport du réseau Evalys et règlement du service Handivalys.

Signature

PIÈCES A FOURNIR POUR LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE :

POUR LE BÉNÉFICIAIRE :

- Le présent formulaire **intégralement** complété et signé
- Une photocopie de la **carte d'invalidité** Recto/Verso
- Deux **photos d'identité**
- Un **justificatif de domicile**
- Le **certificat médical** ci-joint à faire établir par le médecin traitant ou médecin spécialiste.
Le certificat médical est obligatoire si vous ne possédez pas de carte d'invalidité égale ou supérieure à 80%.

POUR L'ACCOMPAGNATEUR :

- Une photocopie de la **pièce d'identité** Recto/Verso
- Deux **photos d'identité**
- Un **justificatif de domicile**

CADRE RÉSERVÉ À LA COMMISSION D'ADMISSION

Réunion de la commission d'admission du : | | | | | | | | | |

DÉCISION :

AVIS FAVORABLE

- Définitif avec réactualisation annuelle
- Provisoire jusqu'au | | | | | | | | | | inclus

AVIS DÉFAVORABLE

Motifs :

.....

.....

.....

Nom du médecin expert :

Date de la visite : | | | | | | | | | |

Les informations recueillies sont nécessaires pour délivrer, renouveler ou refaire votre carte ainsi que la bonne gestion commerciale du réseau Evalys. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées exclusivement à Keolis Marmande (service commercial et comptable). Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations qui vous concernent, veuillez vous adresser à la direction de Keolis Marmande : ZA Girouflat – Impasse Doumayne – 47200 Marmande.



INFORMATIONS

Offices du Tourisme Val de Garonne



evalys-bus.fr



0 547 497 497

PRIX D'UN APPEL LOCAL



INIMO

Informations gratuites par SMS



KEOLIS
MARMANDE

CERTIFICAT À COMPLÉTER PAR LE MEDECIN TRAITANT OU SPÉCIALISTE POUR LES PERSONNES NE POSSÉDANT PAS UNE CARTE D'INVALIDITÉ ÉGALE OU SUPÉRIEURE À 80%.

*Le certificat doit être joint à votre dossier de demande d'inscription au service Handivalys, **sous enveloppe fermée indiquant votre nom, prénom et la mention CONFIDENTIEL***

1/ IDENTITÉ :

NOM : **PRÉNOM(S) :**

SEXE : F M

DATE DE NAISSANCE : | | | | | | | | | |

2/ NATURE DE L'AFFECTION JUSTIFIANT LA DEMANDE (description détaillée) :

DURÉE DU HANDICAP INVALIDANT :

Permanente

Temporaire jusqu'au | | | | | | | |

3/ TROUBLE FONCTIONNEL ET/OU MENTAL PRINCIPAL:

4/ POSSIBILITÉS ÉVOLUTIVES:

5/ PROBLÈMES MÉDICAUX ASSOCIÉS:

6/ BILAN FONCTIONNEL:

- Trouble de l'équilibre Trouble de la marche Trouble de l'orientation Trouble de la vue

Autre, préciser :

7/ USAGE DE CANNE OU DÉAMBULATEUR POUR LES DÉPLACEMENTS ?

- En permanence **Oui** **Non**
- De façon intermittente **Oui** jusqu'au : **Non**

8/ STATION DEBOUT POSSIBLE PENDANT UN TEMPS LIMITÉ ?

- Oui** **Non**

9/ FRANCHISSEMENT DE MARCHES POSSIBLE ?

- Oui** **Non**

10/ USAGE D'UN FAUTEUIL ROULANT OBLIGATOIRE POUR LES DÉPLACEMENTS ?

- En permanence **Oui** **Non**
- De façon intermittente **Oui** jusqu'au : **Non**

11/ AIDE EXTÉRIEURE POUR LES DÉPLACEMENTS ?

- En permanence **Oui** **Non**
- Seulement pour l'installation dans le véhicule **Oui** **Non**

12/ LA PERSONNE EST-ELLE APTE À EMPRUNTER LE RÉSEAU DES AUTOBUS URBAINS ?

- Oui, seule** **Oui, accompagnée** **Non**

13/ OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES :

NOM DU MÉDECIN :

FAIT À :

LE :

Signature et cachet