

Demande d'accès au service Access' de Synchro mobilités

CADRE RESERVE AU SERVICE

N° dossier :

Date de la commission : / /

Décision : ☐ Accord ☐ Refus

Durée d'admission :

Il s'agit : ☐ d'une première demande ☐ d'un renouvellement de demande

VOTRE IDENTITE

☐ Mme ☐ M. NOM : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse (N° et nom de rue) :
.....

Si immeuble, Etage n° : Ascenseur ☐ oui ☐ non

Code Postal : Ville :

N° de tél. : Fixe :-.....-.....-.....-..... Portable :-.....-.....-.....-.....

Adresse mail :

Personne à contacter si nécessaire ou en cas d'urgence :

NOM : Prénom :

N° de tél. : Fixe :-.....-.....-.....-..... Portable :-.....-.....-.....-.....

VOTRE HANDICAP

Utilisez-vous ?

☐ Fauteuil roulant manuel **SANS** possibilité de se transférer seul dans un siège fixe du véhicule

☐ Fauteuil roulant manuel **AVEC** possibilité de se transférer seul dans un siège fixe du véhicule

☐ Fauteuil roulant électrique

☐ Déambulateur ☐ Canne, béquille

☐ Chien d'assistance

☐ Autre, précisez :

Vous avez des difficultés ?

☐ à marcher ☐ visuelles

☐ d'équilibre ☐ d'orientation

☐ Autre, précisez :

VOS PRINCIPALES DESTINATIONS

Lieu de destination	Adresse (n°, rue, Ville)	Motif
		☐ Travail / Etudes ☐ Médical ☐ Courses, démarches administratives ☐ Loisirs ☐ Visites famille
		☐ Travail / Etudes ☐ Médical ☐ Courses, démarches administratives ☐ Loisirs ☐ Visites famille
		☐ Travail / Etudes ☐ Médical ☐ Courses, démarches administratives ☐ Loisirs ☐ Visites famille
		☐ Travail / Etudes ☐ Médical ☐ Courses, démarches administratives ☐ Loisirs ☐ Visites famille

VOS MOYENS DE DEPLACEMENTS ACTUELS

- ☐ Bus ☐ Vélobulle ☐ Marche à pied ☐ Service Access' de Synchro mobilités
☐ Voiture conducteur ☐ Voiture passager ☐ Taxi
☐ Autre, précisez :

ATTESTATION

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier, toute mention d'information erronée entraîne ma responsabilité. En outre, je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement d'accès et d'utilisation au service Access' de Synchro mobilités et m'engage à en respecter les conditions.

Fait à, le/...../.....

NOM : Prénom :

Signature du demandeur :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Grand Chambéry, 106 allée des Blachères, CS 82618, 73026 Chambéry cedex

Pièces à joindre au dossier :

- ☐ la présente demande d'accès au service dûment complétée et signée,
- ☐ une photocopie de la carte d'identité,
- ☐ une photocopie de la carte d'invalidité supérieure ou égale à 80 % ou de la Carte Mobilité Inclusion Invalidité
- ☐ un justificatif de domicile (quittance électricité, téléphone, eau) datant de moins de trois mois*
- ☐ la dérogation pour le transport des **mineurs**
- ☐ Le certificat médical ci-joint à compléter par votre médecin traitant – IL DOIT ETRE MIS SOUS PLI CACHETE DANS UNE ENVELOPPE PORTANT LA MENTION « CONFIDENTIEL ».*

* Ces documents ne sont pas obligatoires pour les personnes titulaires d'une Carte Mobilité Inclusion **Invalidité** ou une carte d'invalidité supérieure ou égale à 80%.

Dossier à retourner par courrier à l'adresse suivante :

**Agence commerciale Synchro mobilités
249 Place de la Gare
73000 CHAMBERY**

DEROGATION POUR LE TRANSPORT DES MINEURS SUR LE SERVICE ACCESS' DE SYNCHRO MOBILITES

A joindre au dossier de demande d'accès au service

Je soussigné(e) Nom :

Prénom :

Domicilié(e) à :

Représentant légal du mineur ou de la mineure :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Donne mon accord pour que mon enfant mineur emprunte le service Access' Synchro mobilités.

J'ai bien noté que le service Access' de Synchro mobilités qui est uniquement organisateur du transport n'assure pas la prise en charge ou la surveillance de mon enfant mineur en dehors du transport effectif convenu.

A cet égard, j'ai conscience de ne pas transférer la garde de mon enfant au profit du transporteur dont l'unique mission est de conduire les passagers sains et saufs à leur destination.

Le transporteur ne pourra être tenu responsable de l'absence du mineur au lieu et horaire indiqué lors de la commande du transport.

Dans ces conditions,

Je décharge le transporteur et ses dirigeants de toute responsabilité concernant mon enfant.

En cas de besoin, je reste joignable par téléphone au :

Le numéro de portable de mon enfant est le :

Fait pour faire valoir ce que de droit, à, le :

Signature de mon enfant (mineur)

Signature du représentant légal

CERTIFICAT MÉDICAL POUR L'ACCÈS AU SERVICE ACCESS' DE SYNCHRO MOBILITES

Ce certificat, rempli par votre médecin traitant, est destiné au médecin référent de la commission d'accès.

Il doit être mis sous pli cacheté dans une enveloppe portant la mention « CONFIDENTIEL ».

Ce document n'est pas obligatoire pour les personnes titulaires d'une Carte Mobilité Inclusion Invalidité ou une carte d'invalidité supérieure ou égale à 80%.

IDENTITÉ DE LA PERSONNE :

☐ Mme ☐ M. NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse (N° et nom de rue) :
.....

Code Postal : Ville :

1. NATURE DU HANDICAP

☐ Moteur, précisez :
.....
.....

☐ Visuel, précisez :
.....
.....

☐ Autre, précisez :
.....
.....

2. DURÉE DU HANDICAP INVALIDANT :

☐ Permanente ☐ Temporaire - Durée prévisionnelle :

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

☐ Ostéoarticulaires, précisez :

.....
.....

☐ Neurologiques, précisez :

.....
.....

☐ Cardiovasculaires, précisez :

.....
.....

☐ Respiratoires, précisez :

.....
.....

☐ Troubles de l'orientation et/ou de la mémoire, précisez :

.....
.....

☐ Troubles du comportement, précisez :

.....
.....

☐ Troubles de l'équilibre, précisez :

.....
.....

☐ Troubles visuels, précisez :

.....
.....

☐ Autre, précisez :

.....
.....

4. PÉRIMETRE DE MARCHÉ : mètres (environ)

5. STATION DEBOUT possible pendant un temps limité ?

☐ OUI durée (approximative) :

☐ NON

6. FRANCHISSEMENT DE MARCHES possible ?

☐ OUI nombre de marches :

☐ NON

7. PROBLÈMES MÉDICAUX ASSOCIÉS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. 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, ...):

.....

.....

.....

.....

9. 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

10. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES utiles à l'étude du dossier

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier

NOM du médecin :

.....

Fait à :, le/...../.....

Signature et Cachet