

Handibus

Fiche d'inscription



IMPORTANT

Pour que votre demande soit étudiée dans les meilleurs délais, pensez à joindre à votre envoi :

- Une copie de la carte d'identité.
- Une copie de la carte mobilité inclusion (invalidité supérieure à 80%).
- Ce formulaire d'inscription entièrement rempli.



Nous vous remercions de retourner ce formulaire par l'un des moyens suivants :

- **Mail : tlp.mobilites@keolis.com**
- **Courrier : TLP Mobilités 4 Rue Brauhauban, 65000 Tarbes .**
- **Agence commerciale : 4 Rue Brauhauban, 65000 Tarbes .**

L'agence est ouverte toute l'année du lundi au vendredi de 9h00 à 13h00 et de 14h00 à 17h30.

Pour toutes informations supplémentaires, vous pouvez également contacter le service Handibus au : 05 62 93 13 93

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, les informations demandées sur ce présent formulaire sont nécessaires au traitement de votre demande. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification vous concernant auprès de TLP Mobilités 4 Rue Brauhauban, 65000 Tarbes .

VOS COORDONNÉES

Prénom : Nom :
 Adresse :
 Code Postal : Commune :
 Date de naissance :/...../.....
 Tél fixe : Portable :
 Mail :@.....

Si représentant légal / tuteur / curateur / personne à contacter en cas d'urgence :

Prénom : Nom :
 Tél fixe : Portable :

1. Possédez vous une carte d'invalidité ?

☐ Oui

☐ Non

Taux : %

Date de fin de validité :

VOTRE MOBILITÉ

2. Aujourd'hui pour vous déplacer en dehors de votre domicile,

Utilisez vous ?

- ☐ Fauteuil roulant pliable ☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Aucun
☐ Fauteuil roulant manuel ☐ Autre:

☐ *«Je certifie que le mon fauteuil roulant est homologué selon la norme ISO 7176-19»

Vos aides à la mobilité :

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| ☐ Animal d'assistance | ☐ Canne | ☐ Canne blanche |
| ☐ Béquilles | ☐ Attelles | ☐ Déambulateur |
| ☐ Assistante respiratoire | ☐ Aucun | ☐ Autre : |

Quels sont les freins à votre mobilité ?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Difficultés à la marche | ☐ Trouble de la mémoire | ☐ Autre : |
| ☐ Difficultés d'équilibre
tremblement | ☐ Difficultés à se faire
comprendre (problème
d'élocution, parole lente) | |

3. Afin de personnaliser votre prise en charge, pourriez-vous nous préciser le type de handicap dont vous êtes concerné(e) ?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Troubles cognitifs | ☐ Restriction médicale | ☐ Sourds/malentendants |
| ☐ Aveugle/malvoyant | ☐ Problème psychologiques | ☐ Autre : |

4. Avez-vous besoin d'un accompagnateur ?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Obligatoire | ☐ Facultatif |
|--------------------------------------|-------------------------------------|

5. Avez-vous besoin d'un accompagnement pour monter dans le véhicule ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Oui | ☐ Non |
|------------------------------|------------------------------|

VOS DÉPLACEMENTS

6. À quelle fréquence pensez-vous avoir besoin du service handibus ?

- | | |
|---|---|
| ☐ Tous les jours | ☐ 1 fois par mois |
| ☐ Plusieurs fois par semaine | ☐ Quelques fois par an |
| ☐ 1 fois par semaine | |

7. Effectuez vous des trajets réguliers ? Si oui, quels jours souhaitez vous ?

1

Trajet 1 : Jour(s) : ☐ Lun ☐ Mar ☐ Mer ☐ Jeu ☐ Ven

Motif de déplacement :

Adresse de départ :

Adresse d'arrivée :

Heure souhaitée : ☐ de prise en charge :

☐ de dépose :

2

Trajet 2 : Jour(s) : ☐ Lun ☐ Mar ☐ Mer ☐ Jeu ☐ Ven

Motif de déplacement :

Adresse de départ :

Adresse d'arrivée :

Heure souhaitée : ☐ de prise en charge :

☐ de dépose :

3

Trajet 3 : Jour(s) : ☐ Lun ☐ Mar ☐ Mer ☐ Jeu ☐ Ven

Motif de déplacement :

Adresse de départ :

Adresse d'arrivée :

Heure souhaitée : ☐ de prise en charge :

☐ de dépose :

8. Avez-vous des remarques spécifiques ou des observations pour mieux adapter votre déplacement ?

.....
.....

Fait à :

Le:/...../.....

Signature du demandeur ou représentant légal :