



**FICHE D'INSCRIPTION AU  
SERVICE DE TRANSPORT SOLIDAIRE  
DU PAYS DES SOURCES**



*Document à remplir et à déposer dans votre mairie*

**ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE DEMANDANTE**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**SITUATION**

➤ vit seul(e)                  vit en couple                  avec famille                  ou autre

➤ ~~AP~~ Permis de conduire : ..... ~~AAAAAA~~ OUI ~~AAA~~ NON

➤ Vous disposez-vous d'un véhicule : ..... OUI NON

➤ Si oui le conduisez-vous ? ..... OUI NON

Composition de la famille : demandeur + autres personnes vivant dans le même foyer

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE	SITUATION (1)	REGIME (2)

(1) retraité, salarié, demandeur d'emploi, sans profession

(2) régime général, MSA, autre

➤ Êtes-vous sous tutelle ? ..... OUI NON

➤ Bénéficiez-vous de l'APA ? ..... OUI NON

## SANTÉ :

- Marche seul(e) :
- ~~à~~ à l'intérieur ..... ~~UUI~~ NON
  - ~~à~~ à l'extérieur ..... OUI NON
  - avec une canne ..... OUI NON
  - avec un déambulateur ..... OUI NON
  - peut monter/descendre de véhicule ..... OUI NON
  - avec de l'aide ..... OUI NON
- Peut porter un panier de provisions ..... OUI NON
- Voit bien :
- porte des lunettes ..... OUI NON
  - porte des lentilles ..... OUI NON
- Entend bien : ..... OUI NON
- Si non, portez-vous des prothèses..... OUI NON
- Est diabétique ..... OUI NON

## Médecin traitant

NOM : Prénom

Adresse :

Tél :

## Personne à prévenir :

NOM : Prénom :

Tél. : Portable :

Votre demande de transport concerne plutôt quels types de déplacements ?

- Des courses
- Des rendez-vous médicaux
- Démarches administratives

Fait à le

Document rempli par M., Mme

Signature :

Le demandeur M., Mme

Signature :

### Avis de la Mairie

Commune :

Nom du signataire :

Avis  favorable  défavorable

Commentaires éventuels :

Cachet de la Mairie

Signature