

# DEMANDE D'INSCRIPTION AU SERVICE HANDIBUS

Merci de remplir la demande avec soin et de la retourner à :

**Keolis Grand Tarbes, Centre Kennedy - Rue Jean-Loup Chrétien – 65 000 TARBES**

## VOTRE IDENTITE

Mme  Mlle  M. NOM : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Code Postal : /...../...../...../...../...../...../ Commune : .....

N° ☎ : Domicile : Fixe : .....-.....-.....-.....-..... N° sur liste rouge :  OUI  NON

(obligatoire) Portable : .....-.....-.....-.....-.....

Travail : .....-.....-.....-.....-.....

Personne à contacter si nécessaire : .....-.....-.....-.....-.....

NOM : ..... Prénom : .....

Quel(s) type(s) de déplacement effectueriez-vous avec HANDIBUS ?

Médecin  Enseignement  Travail

Loisir  Autre : Préciser.....

## HANDICAP

**Possédez-vous un carte d'invalidité ?**  OUI  NON

Orange  Barre verte « Station Debout Pénible »  Cécité Etoile Verte

Taux : .....%

Date limite de la carte d'invalidité : .....

**Avez vous un handicap temporaire ?**  OUI  NON

Si oui nature du handicap : .....

Durée prévisionnelle du handicap : .....

**Utilisez vous ?**

- Fauteuil roulant manuel  Canne (s)  chien d'assistance  
 Fauteuil roulant électrique  Déambulateur  autre préciser .....

**Vous avez des difficultés ...**

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

- Décrivez dans le détail les difficultés que vous rencontrez lorsque vous vous déplacez :

.....  
.....  
.....

- Ces troubles vous empêchent-ils :

De monter dans un bus :      OUI    NON

De monter 2 ou 3 marches :    OUI    NON

- La station debout vous est-elle :    Possible        Pénible        Impossible

- Utilisez-vous actuellement, *même de manière occasionnelle*, le réseau d'autobus Alezan (*hors HANDIBUS*) :    OUI        NON

- Conduisez-vous, *même de manière occasionnelle*, votre automobile :    OUI        NON

- Vos déplacements nécessitent-ils un **accompagnateur personnel** :    OUI        NON

**Pièces à joindre :**

- **Photocopie de la carte d'invalidité recto/verso**

- **Certificat médical, ci-joint à faire établir par votre médecin traitant ou médecin spécialiste (obligatoire si vous ne possédez pas de carte d'invalidité égale ou supérieure à 80%)**

- **Une photo d'identité**

- **Un justificatif de domicile (quittance EDF ou Téléphone )**

Fait à ....., le ...../...../.....

NOM : ..... Prénom : .....

Signature du demandeur :

---

**Cadre réservé à la commission d'accès**

Réunion de la commission d'admission du :

AVIS FAVORABLE admission prononcée à titre :  Définitif avec réactualisation annuelle

Provisoire

soit jusqu'au ..... inclus

COMPLEMENT d'INFORMATION

Nom du médecin expert :

Date de la visite :

AVIS DEFAVORABLE

Motif : .....

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Pour les personnes ne possédant pas une carte d'invalidité égale ou supérieure à 80%**

⇒ Ce certificat, rempli par votre médecin traitant ou médecin spécialiste, doit être mis sous pli fermé dans une enveloppe sur laquelle vous inscrivez vos nom et prénom avec la mention CONFIDENTIEL.

Nom .....	Prénom .....
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Né(e) le : ...../...../.....

**I – NATURE DE L'AFFECTION JUSTIFIANT LA DEMANDE : faire une description détaillée**

.....  
.....  
.....  
.....

DUREE de l'handicap invalidant :            PERMANENTE            TEMPORAIRE si oui  
indiquer la durée prévisionnelle du handicap .....

**II – TROUBLE FONCTIONNEL ET/OU MENTAL PRINCIPAL :**

.....  
.....  
.....

**III – POSSIBILITES EVOLUTIVES :**

.....  
.....  
.....

**IV – PROBLEMES MEDICAUX ASSOCIES :**

.....  
.....  
.....

**V – BILAN FONCTIONNEL**

- |                                                   |                                               |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre   | <input type="checkbox"/> Trouble de la marche |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'orientation | <input type="checkbox"/> Trouble de la vue    |

Autre préciser .....

VII - USAGE de CANNES ou DEAMBULATEUR pour les déplacements ?     NON

- en permanence                       OUI     NON

- de façon intermittente             OUI     NON

*Préciser la durée : jusqu'au.....*

VIII - STATION DEBOUT possible pendant un temps limité ?     OUI     NON

IX - FRANCHISSEMENT de MARCHES possible ?                       OUI     NON

X - USAGE d'un FAUTEUIL ROULANT obligatoire pour les déplacements ?

- en permanence                       OUI     NON

- de façon intermittente             OUI     NON

*Préciser la durée : jusqu'au.....*

XI - AIDE EXTERIEURE indispensable pour les déplacements ?

- En permanence                       OUI     NON

- Seulement pour l'installation dans le véhicule                       OUI     NON

XII - LA PERSONNE EST ELLE APTE A EMPRUNTER LE RESEAU DES AUTOBUS URBAINS

- Seule                                       OUI     NON

- Accompagnée                           OUI     NON

XIII - OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

NOM du médecin : .....

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature :

Cachet