



# LE TRANSPORT À LA DEMANDE

Communauté de Communes du Val de l'Eyre

## État civil et coordonnées

Madame  Monsieur

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

ADRESSE : .....

N° ..... RUE OU LIEU-DIT : .....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

TÉLÉPHONE DOMICILE : ..... TÉLÉPHONE PORTABLE : .....

MAIL : .....

## Votre situation

PERSONNE À MOBILITÉ RÉDUITE

EN FAUTEUIL ROULANT :  OUI  NON

PERSONNE ÂGÉE DE + DE 75 ANS

PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE

PERSONNE SANS AUTONOMIE DE DÉPLACEMENT

PERSONNE EN INVALIDITÉ TEMPORAIRE

Préciser la durée de l'incapacité : .....

PERSONNE EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

SANS EMPLOI OU EN INSERTION PROFESSIONNELLE

JEUNES MOINS DE 25 ANS\*

(hors trajets scolaires et si moins de 10 ans :  
accompagnement obligatoire).

AUTRE PUBLIC

Préciser : .....

• Merci de bien vouloir préciser si la personne est en capacité de prendre des correspondances avec les lignes de CARS INTERURBAINES RÉGIONALES ou le TER :

OUI  NON

• Indiquer si la personne doit être accompagnée :  OUI  NON

si oui coordonnées de la personne accompagnante :

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TÉLÉPHONE : ..... MAIL : .....

• Si la personne est non voyante doit-elle être accompagnée de son chien :  OUI  NON

• Commentaire éventuel pour situation particulière :

\* Si moins de 18 ans joindre une autorisation parentale accordant au mineur le droit d'utiliser seul le transport de proximité.  
IMPORTANT : pour les moins de 10 ans, accompagnement obligatoire.