



TRANSPORT EN PORTE À PORTE



## FICHE INSCRIPTION T'MM+

Pour valider votre inscription au service T'MM+, le formulaire est à remplir conjointement avec le représentant de votre commune ou de votre CCAS, qui vous remettra le règlement du service. Afin de faciliter le traitement de votre demande, nous vous demandons de bien vouloir renseigner lisiblement les rubriques ci-dessous.

### Votre identité

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

Tél. fixe

Tél. portable

Courriel

#### Si le demandeur est un majeur protégé

Nom du représentant légal

Adresse du représentant légal

Tél. du représentant légal

#### Personne à contacter en cas d'urgence

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Tél. fixe

Tél. portable

Tél. bureau

Courriel

## Votre lieu de vie

**Vous vivez :**

A votre domicile

En structure

Nom et adresse de la structure

Au domicile d'un membre de votre famille

**Votre lieu de vie est :**  une maison

un immeuble

## Votre situation

**Etes-vous en situation de handicap attesté par une carte d'invalidité ?**

Oui

Non

**Si le demandeur possède une carte d'invalidité :**

Joindre une copie du justificatif

Date de fin de validité de la carte :

Quelle est votre situation de handicap ?

Handicap moteur

Handicap sensoriel auditif

Handicap sensoriel visuel

Autre type de handicap, précisez :

En cas de déficience moteur, utilisez-vous ?

Un fauteuil roulant manuel

Un fauteuil roulant électrique

Autre appareillage médical, précisez :

**Si le demandeur ne possède pas de carte d'invalidité :**

Dans vos déplacements à pied :

Vous êtes autonome

Vous avez besoin d'un appareillage

Canne

Déambulateur

Connaissez-vous des difficultés de mobilité spécifique ou provisoire ?

- Oui
- Non

Précisez la nature de la difficulté (difficultés suite à une opération, blessure...)

### **Besoin d'accompagnement**

Pour le transport, avez-vous besoin d'un accompagnateur ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez les coordonnées de(s) personne(s) susceptible(s) de vous accompagner :

### **Accompagnateur n°1**

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Tél. fixe

Tél. portable

Tél. bureau

Courriel

### **Accompagnateur n°2**

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Tél. fixe

Tél. portable

Tél. bureau

Courriel

Voyagez-vous avec un chien accompagnateur ?

- Oui
- Non

## Vos habitudes de déplacements

Pour quel(s) motif(s) souhaitez-vous utiliser le service T'MM+ ?

- Faire les courses
- Aller chez le médecin
- Rendre visite à des amis ou de la famille
- Participer à une activité de loisirs
- Autre, précisez :

Dans quelle commune allez-vous habituellement pour vos achats ?

Dans quelle commune(s) se situe(ent) vos médecins généraliste ou spécialiste ?

Dans quelle commune pensez-vous vous rendre le plus souvent avec le T'MM+ ?

Quel(s) jour(s) de la semaine pensez-vous vous déplacer le plus souvent avec le T'MM+ ?

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi

Pouvez-vous téléphoner seul(e) pour réserver votre transport ?

- Oui
- Non

Si non, une personne de votre entourage pourra-t-elle réserver par téléphone à votre place ?

- Oui
- Non

## Liste des documents à fournir

Copie de carte d'identité  
Copie de la carte d'invalidité  
Justificatif de domicile

Je déclare avoir pris connaissance du règlement d'exploitation du service T'MM+

Lu et approuvé,  
A  
Le  
Signature

Visa de la commune