

**M.**  
**Adresse**  
**37**

**OBJET : Inscription au transport collectif adapté**

**Monsieur,**

Vous êtes titulaire d'une carte d'invalidité à 80% ou plus, et vous souhaitez utiliser nos transports spéciaux à la demande, en raison d'un handicap de type « **moteur ou visuel** » qui vous empêche d'emprunter les transports collectifs urbains Fil Bleu.

Afin que nous puissions vous proposer un service adapté à votre situation, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner le dossier ci-joint dûment rempli.

Nous interviendrons alors en fonction de votre situation. Nous serons ainsi informés de la nature des services à vous proposer, ainsi que des précautions que nous devons éventuellement observer pendant vos déplacements.

Une réponse vous sera adressée dans un délai de deux semaines. Cependant pour toute demande de transports réguliers il est impératif de nous recontacter après l'envoi de votre dossier. Il est donc important que vous complétiez et nous retourniez aussitôt les documents ci-joints accompagnés des justificatifs demandés.

**Vos transports effectués dans le cadre de votre ALD (Affection Longue Durée) à destination des médecins, kinés, centres de soins spécialisés, feront l'objet d'une prescription médicale de transport délivrée par votre médecin pour une prise en charge par votre Caisse Médicale (CPAM ou autre). Vous devrez avoir recours à un taxi conventionné.**

**En aucun cas, nous ne pourrions effectuer ces transports.**

Dès à présent, nous nous tenons à votre disposition pour toute demande d'information complémentaire.

Nous vous prions d'agréer, **Monsieur**, l'expression de nos sentiments distingués.

Annie TOULET  
Directrice

L'USAGER	
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Tél fixe :	Tél portable :
Adresse électronique :	

LE RESPONSABLE LEGAL ET / OU LA PERSONNE A CONTACTER	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Tél fixe :	Tél Portable :

LE TYPE DE HANDICAP	
Votre handicap est de type :	<input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Visuel

LA CARTE D'INVALIDITE	
Taux d'invalidité : .....%	
Date limite de validité de la carte : __ / __ / 20__	
Votre handicap est-il temporaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, durée prévisionnelle de ce handicap ?	Jusqu'au __ / __ / 20__

VOUS VOUS DEPLACEZ LE PLUS SOUVENT AVEC :	
Un fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, est-il :	<input type="checkbox"/> manuel ? <input type="checkbox"/> pliable ? <input type="checkbox"/> électrique ? <input type="checkbox"/> non pliable ?
Si oui, peut-on attacher le fauteuil dans un véhicule ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, et si votre fauteuil est pliable, pouvez-vous vous transférer <b>seul(e)</b> de votre fauteuil vers un siège de véhicule non adapté ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Des cannes anglaises ou un déambulateur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un chien d'assistance ou un chien guide ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres ? Précisez : .....	

**▣ Merci de nous signaler d'éventuelles difficultés d'accès à votre domicile :**

- Si appartement en étage sans ascenseur      Précisez l'étage : \_\_ \_\_
- Si marches pour accéder au bâtiment      Précisez le nombre de marches : \_\_ \_\_
- Autre      Précisez : .....

Avez-vous des besoins spécifiques ?

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

---

■ **LISTE DES PIECES A FOURNIR**

**1.** Si vous vous déplacez en **fauteuil roulant**, ou que vous êtes **non-voyant** titulaire d'une carte « *canne blanche* », « *cécité étoile verte* » ou « *besoin d'accompagnement cécité* » :

→ Copie recto verso de la carte d'invalidité

**2.** Dans tous les autres cas :

→ Copie recto verso de la carte d'invalidité

→ Copie de la carte d'identité

→ Certificat médical attestant de la **nature** de votre handicap (moteur, mental, visuel) d'une part, et d'autre part de votre impossibilité à utiliser les transports en commun du réseau urbain.

Dossier à **compléter** et à **renvoyer** accompagné des pièces justificatives indiquées ci-dessus, à l'adresse suivante :

FIL BLANC / TPMR TOURS  
23 rue Ettore Bugatti – BP 438  
37 204 TOURS CEDEX 3

**Cadre réservé à l'administration**

---

Demande reçue le : \_\_ / \_\_ / 20\_\_

Pièces jointes :

Copie recto verso de la carte d'invalidité

Copie de la carte d'identité

Certificat médical - Nom du Médecin Expert : .....  
Date de la visite: \_\_ / \_\_ / 20\_\_

Avis du SITCAT en date du : \_\_ / \_\_ / 20\_\_

Favorable  Défavorable

Motif : .....

Décision notifiée au demandeur le : \_\_ / \_\_ / 20\_\_

Conformément à l'article 34 de la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez l'exercer en écrivant Fil Blanc – 23 rue Ettore Bugatti – BP 438 – 37 204 TOURS CEDEX