



## DEMANDE D'INSCRIPTION

au service de Transport

# Personnes à Mobilité Réduite

Dossier contenant :

une FICHE DE RENSEIGNEMENTS (3 pages)  
*à compléter avec le médecin traitant*

un DOSSIER MEDICAL (2 pages)  
*à faire compléter par le médecin traitant*

Dossier complet à renvoyer à :

CCPH  
3 rue Martin Niemöller  
70400 HÉRICOURT  
N° Azur : 0810 070 400 (prix d'un appel local)



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## IDENTIFICATION

### ***Coordonnées personnelles :***

---

Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

S'agit-il d'une adresse temporaire :  OUI  NON

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

NB : Un numéro de téléphone est obligatoire pour le fonctionnement d'HERIVA P.M.R.

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

### ***Coordonnées de votre médecin traitant :***

---

Nom : \_\_\_\_\_

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

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## DEPLACEMENTS ENVISAGES

### ***Habitez-vous à l'étage ?***

- OUI – Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_ Avec ascenseur ? :  OUI  NON  
Avec escaliers munis d'une rampe ? :  OUI  NON
- NON

### ***Quelle serait la nature de vos trajets les plus fréquents ?***

- Médical  Formation  Loisirs

### ***Quels seraient vos trajets les plus fréquents ?***

<b>DEPART</b>	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre : _____ A quelle distance se trouve le point d'arrêt le plus proche ? <input type="checkbox"/> 100 mètres <input type="checkbox"/> 300 mètres <input type="checkbox"/> 500 mètres <input type="checkbox"/> Plus de 500 m
<b>ARRIVEE 1</b>	<input type="checkbox"/> Adresse : _____ _____ A quelle distance se trouve le point d'arrêt le plus proche ? <input type="checkbox"/> 100 mètres <input type="checkbox"/> 300 mètres <input type="checkbox"/> 500 mètres <input type="checkbox"/> Plus de 500 m
<b>ARRIVEE 2</b>	<input type="checkbox"/> Adresse : _____ _____ A quelle distance se trouve le point d'arrêt le plus proche ? <input type="checkbox"/> 100 mètres <input type="checkbox"/> 300 mètres <input type="checkbox"/> 500 mètres <input type="checkbox"/> Plus de 500 m

## SITUATION DE SANTE

***Sortez-vous d'une hospitalisation ?***

OUI  NON

***Etes-vous en fauteuil roulant ?***

OUI  NON

- Si oui :
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fauteuil roulant électrique standard   | <input type="checkbox"/> fauteuil roulant électrique volumineux |
| <input type="checkbox"/> fauteuil roulant manuel standard   | <input type="checkbox"/> fauteuil roulant manuel volumineux     |
| <input type="checkbox"/> fauteuil roulant pliant avec possibilité de transfert dans un véhicule léger |   |
| <input type="checkbox"/> scooter  | <input type="checkbox"/> poussette                              |

***Utilisez-vous une autre aide technique ?***

OUI  NON

- Si oui :
- |                                       |   |  |                                    |
|---------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> canne simole | <input type="checkbox"/> cannes anglaises | <input type="checkbox"/> canne tripode | <input type="checkbox"/> béquilles |
| <input type="checkbox"/> déambulateur | <input type="checkbox"/> rolator          |  |                                    |

***Etes-vous en situation de cécité ?***

OUI  NON

- Si oui :
- cécité totale
- cécité partielle : taux d'acuité visuelle : Œil droit : \_\_\_\_\_ Œil Gauche : \_\_\_\_\_

***Etes-vous obligatoirement accompagné(e) ?***

OUI  NON

Attention : si vous êtes titulaire d'une carte d'invalidité,  
merci d'en joindre une copie au dossier.

En cas de problème de vision,  
veuillez fournir un certificat médical récent  
de votre ophtalmologue.

Dans tous les cas, nous vous prions de bien vouloir faire  
remplir le certificat médical joint au dossier par votre médecin  
traitant.

***NB : tout dossier incomplet ne pourra être traité !***

# CERTIFICAT MEDICAL

(A faire remplir par le médecin traitant et à **nous remettre sous enveloppe cachetée**)

**Dossier de Mme, Mlle, Mr :** \_\_\_\_\_

**Quelle distance maximum le demandeur peut-il parcourir à pied sans s'arrêter ?**

- moins de 100 mètres       environ 100 mètres       environ 300 mètres  
 environ 500 mètres       environ 1 kilomètre       plus d'1 kilomètre

**Quels sont les principales affections dont souffre le patient ?**

<b><u>Problèmes locomoteurs</u></b>	
<input type="checkbox"/> Séquelles traumatiques	<input type="checkbox"/> Lombo-sciatique
<input type="checkbox"/> Maladie rhumatismale	<input type="checkbox"/> Atteinte des membres supérieurs
<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante	<input type="checkbox"/> Amputation appareillée
<input type="checkbox"/> Autre	
<b><u>Problèmes cardio-vasculaires</u></b>	
<input type="checkbox"/> Infarctus	<input type="checkbox"/> Angine de poitrine
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Autres	
<b><u>Problèmes neurologiques</u></b>	
<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer
<input type="checkbox"/> Trouble de la coordination	<input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre
<input type="checkbox"/> Trouble cognitif	

<b><u>Problèmes respiratoires</u></b>	
<input type="checkbox"/> Emphysème	<input type="checkbox"/> Bronchite chronique
<input type="checkbox"/> Autre	
<b><u>Problèmes sensoriels</u></b>	
<input type="checkbox"/> Troubles de la vue	<input type="checkbox"/> Autre :
<p style="text-align: center;"><b><u>Autres cas :</u></b></p> <hr/> <hr/>	

***En synthèse, pourquoi le patient ne peut-il utiliser les transports en commun classique ?***

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_      Signature et cachet du médecin :

