

Dossier d'inscription au service

TransGironde

PROXIMITÉ

ÉTAT CIVIL ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR

M^{lle} M^{me} M.

NOM : _____

PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

ADRESSE

N° : ____ RUE OU LIEU-DIT : _____

CODE POSTAL : ____ COMMUNE : _____

TÉLÉPHONE DOMICILE : 05 / ____ / ____ / ____ / ____ TÉLÉPHONE PORTABLE : 06 / ____ / ____ / ____ / ____

ADRESSE MAIL : _____ @ _____



VOTRE SITUATION

- PERSONNE À MOBILITÉ RÉDUITE
- EN FAUTEUIL ROULANT : OUI NON
- PERSONNES ÂGÉES DE + DE 75 ANS
- PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE
- PERSONNE EN INVALIDITÉ TEMPORAIRE
Préciser la durée de l'incapacité : _____

- PERSONNE EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
- SANS EMPLOI OU EN INSERTION PROFESSIONNELLE
- MOINS DE 18 ANS* (hors trajets scolaires et si moins de 16 ans : accompagnement obligatoire)
- AUTRE PUBLIC
Préciser : _____

• Merci de bien vouloir préciser si la personne est en capacité de prendre des correspondances TransGironde ou Ter :
 OUI NON

• Indiquer si la personne doit être accompagnée : OUI NON
si oui coordonnées de la personne accompagnante :

NOM : _____ ADRESSE : _____

PRÉNOM : _____

TÉLÉPHONE : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ ADRESSE 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 16 ans, accompagnement obligatoire.



DÉPLACEMENTS SOUHAITÉS (plusieurs réponses possibles):

- RDV MÉDICAUX
- CENTRES COMMERCIAUX
- MARCHÉS
- RABATTEMENT SUR POINTS D'ARRÊT TRANSGIRONDE
- RABATTEMENT VERS GARES TER

- MDSI
- PÔLE EMPLOI
- ASSOCIATIONS CARITATIVES
- AUTRES : _____

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

DANS TOUS LES CAS :

- photocopie d'une pièce d'identité
- photocopie d'un justificatif de domicile

• 1 petite photo d'identité

Et en fonction de votre situation joindre la copie de tout document justificatif permettant d'attester de votre situation particulière : invalidité, précarité, recherche d'emploi, autre...



DATE ET SIGNATURE :

DOSSIER À RETOURNER À :

**LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES (CDC) DU GRAND SAINT-ÉMILIONNAIS
MAIRIE - 2 RUE DARTUS
33 330 VIGNONET**

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez contacter la CDC au : **05 57 55 21 60**

**Après avis de la Commission Locale d'Accessibilité, vous serez informé de la suite réservée à votre demande.
Si votre dossier a été accepté vous recevrez à domicile votre carte d'ayant droit.**

ACCORD DE LA COMMISSION LOCALE D'ACCESSIBILITÉ : OUI

NON MOTIFS DE REFUS : _____

PÉRIODE D'OUVERTURE DES DROITS : DU __ / __ / ____ AU __ / __ / ____

ZONE RÉSERVÉE À LA CDC

