



LE TRANSPORT À LA DEMANDE

Communauté de Communes LATITUDE NORD GIRONDE

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

EN CAS D'INSCRIPTION POUR UNE DURÉE LIMITÉE,
PRÉCISER LA PÉRIODE DE PRISE EN CHARGE :

6 MOIS 12 MOIS 24 MOIS

• 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 :



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine



Déplacements souhaités

(plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> RDV MÉDICAUX | <input type="checkbox"/> MDSI
<i>(Maison Départementale
de la Solidarité et de l'Insertion)</i> | <input type="checkbox"/> ASSOCIATIONS CARITATIVES |
| <input type="checkbox"/> CENTRES COMMERCIAUX | | <input type="checkbox"/> AUTRES : |
| <input type="checkbox"/> MARCHÉS | <input type="checkbox"/> PÔLE EMPLOI | |
| <input type="checkbox"/> RABATTEMENT VERS GARES TER | <input type="checkbox"/> PÔLE SOLIDARITÉ | |
| | <input type="checkbox"/> RABATTEMENT SUR POINTS
D'ARRÊT des lignes de CARS
INTERURBAINES RÉGIONALES | |

Pièces justificatives

À fournir **DANS TOUS LES CAS** :

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Une photo d'identité
- Photocopie d'un justificatif de domicile

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 MAIRIE DE VOTRE COMMUNE

Pour tout renseignement complémentaire
vous pouvez contacter le CIAS au : **05 57 58 67 16**

**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 AU CIAS

Avec le RGPD, la Région protège vos données ! Vos réponses à ce formulaire vont nous permettre d'instruire votre demande d'inscription. Les données transmises sont confidentielles et restent stockées sur nos serveurs sécurisés pendant toute la durée de l'abonnement. Vous pouvez exercer vos droits (vérifier vos données, les faire rectifier, éventuelle suppression ...) en contactant la Déléguée à la Protection des Données de la Région à l'adresse dpo@nouvelle-aquitaine.fr - ou par courrier postal. Pour plus d'informations sur la protection des Données, vous pouvez lire notre Politique de Confidentialité sur le lien <https://www.nouvelle-aquitaine.fr/politique-confidentialite.html>.



RÉGION
**Nouvelle-
Aquitaine**