



DOSSIER ADMISSION AU RÉSEAU MOBULYS

VOTRE IDENTITÉ :

Melle Mme M. NOM : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Commune : _____ Situation : Etudiant Scolarisé
 Salarié Retraité Sans activité Autre : _____ (à préciser)
Téléphone : _____ Portable : _____ Fax : _____
Courriel : _____ @ _____

Le cas échéant, coordonnées du responsable légal :

Lien avec l'usager : (père, mère, tuteur,...) _____
 Melle Mme M. NOM : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____
Adresse : _____
_____ Code postal : _____
Commune : _____ Situation : Etudiant Scolarisé
 Salarié Retraité Sans activité Autre : _____ (à préciser)
Téléphone : _____ Portable : _____ Fax : _____
Courriel : _____ @ _____

VOS BESOINS DE DÉPLACEMENTS :

- Régulier (travail) Vie quotidienne (famille, loisirs, courses, soins,...)
 Activités (stages, travail en milieu ordinaire, accueil de jour,...)

Nous allons maintenant vous poser quelques questions, afin de déterminer si vous remplissez les conditions d'admission au réseau **MOBULYS**.

RECONNAISSANCE DU HANDICAP

Êtes-vous titulaire d'une carte d'invalidité ?

OUI

NON

Si Oui, taux d'invalidité : _____ % Date de limite de la carte d'invalidité : _____

Mention : _____

Joindre impérativement une copie de la carte d'invalidité

Êtes-vous titulaire de la notification d'attribution de la Prestation de Compensation du handicap (PCH) ?

OUI

NON

Joindre la copie de la notification (ou accusé réception pour toute demande en cours)

Êtes-vous titulaire de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) ?

OUI

NON

Joindre la copie de la notification (ou accusé réception pour toute demande en cours)

Êtes-vous titulaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ?

OUI

NON

Joindre la copie de la notification (ou accusé réception pour toute demande en cours)

Quel est le type de votre handicap ?

Sensoriel

Mental

Moteur

Psychique

Poly-handicap

Préciser le matériel spécifique que vous utilisez lors de vos déplacements :

Fauteuil roulant manuel

Fauteuil roulant électrique

Cannes

Appareils respiratoires

Scooter électrique

Déambulateur

VOS BESOINS DE DÉPLACEMENT

Régulier (travail) Vie quotidienne (famille, loisirs, courses, soins,...)

Activités (stages, travail en milieu ordinaire, accueil de jour,...)

Destination 1 : Lieu arrivée : _____

Date et horaire souhaités : _____

Fréquence : _____

Destination 2 : Lieu arrivée : _____

Date et horaire souhaités : _____

Fréquence : _____

Destination 3 : Lieu arrivée : _____

Date et horaire souhaités : _____

Fréquence : _____

Destination 4 : Lieu arrivée : _____

Date et horaire souhaités : _____

Fréquence : _____

Destination 5 : Lieu arrivée : _____

Date et horaire souhaités : _____

Fréquence : _____

Destination 6 : Lieu arrivée : _____

Date et horaire souhaités : _____

Fréquence : _____

Destination 7 : Lieu arrivée : _____

Date et horaire souhaités : _____

Fréquence : _____

Avez-vous des points particuliers à prendre en compte lors des déplacements :

(Accompagnateurs...)_____

Je certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus.

Date : _____

Signature du demandeur ou de son représentant précédée de la mention « lu et approuvé »

Connaissez-vous une personne susceptible d'être intéressée par les services **MOBULYS à qui nous pourrions envoyer une documentation :**

**Ce dossier est à envoyer EXCLUSIVEMENT à l'adresse suivante :
MOBULYS - 13 rue du Jard - 51500 CHAMERY**

Merci de votre confiance

A bientôt dans nos véhicules

Partie réservée au Conseil Général de la Marne (ne pas écrire)

**DÉCISION DE LA COMMISSION D'ADMISSION
DU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA MARNE**

Commission du :

Signature :

Centrale de Réservation **MOBULYS** : **0 800 051 060** numéro vert gratuit