

SERVICE DE TRANSPORTS P.M.R.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

VOS COORDONNEES

Nom Prénom Sexe Masculin Sexe Feminin N° Rue Code postal Ville A quel étage habitez-vous ? Avec ascenseur oui non

Distance de l'arrêt de bus le plus proche

 - de 200 mètres + de 200 mètresTéléphone Date de naissance

Vous vous déplacez habituellement

en fauteuil roulant manuel oui nonsi oui, possibilité de transfert dans un véhicule léger oui nonen fauteuil roulant électrique oui nonsi oui, n° contrat assurance VTM
nom de la compagnie à l'aide de cannes simples oui nonà l'aide de cannes anglaises oui nonà l'aide d'une canne tripode oui nonà l'aide d'une canne blanche oui non
Avez-vous besoin d'une tierce-personne pour vos déplacements ? oui non

SUITE A COMPLETER SI VOUS N'ETES PAS EN FAUTEUIL ROULANT

Quelle distance pouvez-vous parcourir sans vous arrêter ?

 moins de 100 mètres environ 100 mètres environ 300 mètres environ 500 mètres environ 1 km plus d'1 km

Combien de marches pouvez-vous monter ?

 aucune 5 marches 1/2 étage 1 étage 2 étages plus de 2 étages

TRAJET LE PLUS FREQUENT

Nature du trajet médical scolaire professionnel vie quotidienne

Vos besoins en transports peuvent être estimés à par mois

Déplacement aux heures de pointe oui non

Adresse du lieu où vous vous rendez le + fréquemment
 Etage avec ascenseur oui non

Distance de l'arrêt de bus le plus proche - de 200 mètres + de 200 mètres

Trajet de bus direct ? oui non ligne TRAM oui non

SUITE AU VERSO



SUITE A COMPLETER SI VOUS N'ETES PAS EN FAUTEUIL ROULANT

PROBLEMES MEDICAUX

Problèmes locomoteurs

- séquelles traumatiques lombo-sciatique maladie rhumatismale
 atteinte membres supérieurs (*épaule, bras, main*) arthrose invalidante amputation appareillée
 atteinte membres inférieurs
 autre (préciser) _____

Problèmes cardio-vasculaires

- artérite des membres inférieurs angine de poitrine infarctus
 autre (préciser) _____

Problèmes neurologiques

- troubles de la coordination troubles de l'équilibre paralysies parkinson
 autre (préciser) _____

Problèmes respiratoires

- emphysème autre (préciser) _____

Problèmes sensoriels

- troubles de la vue cécité
 autre (préciser) _____

Votre handicap est-il: **Temporaire** **Permanent**

Taux d'invalidité **Merci de nous transmettre un copie de votre carte d'invalidité**

MEDECIN

Nom de votre médecin traitant _____

N° Rue _____

Code postal Ville _____

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce document.

FAIT A _____ LE

SIGNATURE _____