



Demande d'accès au service Synchro Access'

CADRE RESERVE AU SERVICE

N° dossier :

Date de la commission : / /

Décision : Accord Refus

Durée d'admission :

Il s'agit : d'une première demande d'un renouvellement de demande

VOTRE IDENTITE

Mme M. NOM : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse (N° et nom de rue) :

.....

Si immeuble, Etage n° : Ascenseur oui non

Code Postal : Ville :

N° de tél. : Fixe :-.....-.....-..... Portable :-.....-.....-.....

Adresse mail :

Personne à contacter si nécessaire :

NOM : Prénom :

N° de tél. : Fixe :-.....-.....-..... Portable :-.....-.....-.....

VOTRE HANDICAP

Utilisez-vous ?

Fauteuil roulant manuel **SANS** possibilité de se transférer seul dans un siège fixe du véhicule

Fauteuil roulant manuel **AVEC** possibilité de se transférer seul dans un siège fixe du véhicule

Fauteuil roulant électrique

Déambulateur Canne, béquille

Chien d'assistance

Autre, précisez :

GRAND CHAMBERY

DIRECTION DES TRANSPORTS ET DEPLACEMENTS

106 allée des Blachères – CS 82618 – 73026 Chambéry cedex

04 79 96 86 17- grandchambery.fr - @GrandChambery - cmag-agglo.fr

Vous avez des difficultés ?

à marcher visuelles

d'équilibre d'orientation

Autre, précisez :

VOS PRINCIPALES DESTINATIONS

Lieu de destination	Adresse (n°, rue, Ville)	Motif
		<input type="checkbox"/> Travail / Etudes <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Courses, démarches administratives <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Visites famille
		<input type="checkbox"/> Travail / Etudes <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Courses, démarches administratives <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Visites famille
		<input type="checkbox"/> Travail / Etudes <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Courses, démarches administratives <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Visites famille
		<input type="checkbox"/> Travail / Etudes <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Courses, démarches administratives <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Visites famille

VOS MOYENS DE DEPLACEMENTS ACTUELS

Bus Vélobulle Marche à pied Synchro Access'

Voiture conducteur Voiture passager Taxi

Autre, précisez :

ATTESTATION

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier, toute mention d'information erronée entraîne ma responsabilité. En outre, je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement d'accès et d'utilisation au service Synchro Access' et m'engage à en respecter les conditions.

Fait à, le/...../.....

NOM : Prénom :

Signature du demandeur :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Grand Chambéry, 106 allée des Blachères, CS 82618, 73026 Chambéry cedex

Pièces à joindre au dossier :

- La présente demande d'accès au service dûment complétée et signée
- Une photocopie de la carte d'identité
- Un justificatif de domicile (quittance électricité, téléphone, eau) **datant de moins de trois mois**
- La carte d'invalidité supérieure ou égale à 80 % pour les personnes ayant un handicap visuel
- Le certificat médical ci-joint à compléter par votre médecin traitant – IL DOIT ETRE MIS SOUS PLI CACHETE DANS UNE ENVELOPPE PORTANT LA MENTION « CONFIDENTIEL ».

Ce document n'est pas obligatoire pour :

- les personnes en fauteuil roulant
- les personnes ayant un handicap visuel **ET** une carte d'invalidité supérieure ou égale à 80%

Dossier à retourner par courrier à l'adresse suivante :

**Grand Chambéry
Direction des transports et des déplacements
106 allée des Blachères – CS 82618 - 73026 Chambéry cedex**



CERTIFICAT MÉDICAL POUR L'ACCÈS AU SERVICE SYNCHRO ACCESS'

Ce certificat, rempli par votre médecin traitant, est destiné au médecin référent de la commission d'accès.

Il doit être mis sous pli cacheté dans une enveloppe portant la mention « CONFIDENTIEL ».

Ce document n'est pas obligatoire pour :

- les personnes en fauteuil roulant
- les personnes ayant un handicap visuel ET une carte d'invalidité supérieure ou égale à 80%

IDENTITÉ DE LA PERSONNE :

Mme M. NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse (N° et nom de rue) :
.....

Code Postal : Ville :

1. NATURE DU HANDICAP

Moteur, précisez :
.....
.....

Visuel, précisez :
.....
.....

Autre, précisez :
.....
.....

2. DURÉE DU HANDICAP INVALIDANT :

Permanente Temporaire - Durée prévisionnelle :

3. NATURE DES DIFFICULTÉS RENDANT DIFFICILE OU IMPOSSIBLE L'UTILISATION DU BUS :

Ostéoarticulaires, précisez :

.....
.....

Neurologiques, précisez :

.....
.....

Cardiovasculaires, précisez :

.....
.....

Respiratoires, précisez :

.....
.....

Troubles de l'orientation et/ou de la mémoire, précisez :

.....
.....

Troubles du comportement, précisez :

.....
.....

Troubles de l'équilibre, précisez :

.....
.....

Troubles visuels, précisez :

.....
.....

Autre, précisez :

.....
.....

4. PÉRIMÈTRE DE MARCHÉ : mètres (environ)

5. STATION DEBOUT possible pendant un temps limité ?

- OUI durée (approximative) :
- NON

6. FRANCHISSEMENT DE MARCHES possible ?

- OUI nombre de marches :
- NON

7. PROBLÈMES MÉDICAUX ASSOCIÉS :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. APPAREILLAGE

- Fauteuil manuel Fauteuil électrique
- 1 canne 2 cannes
- Déambulateur
- Orthèses, type, adaptation :

.....
.....

- Prothèses, type, adaptation :

.....
.....

- Autre appareillage permanent (exemples : dispositif respiratoire, sonde à demeure, ...):

.....
.....
.....
.....



9. MODALITES DE TRANSPORT

La personne :

- peut être transportée en compagnie d'autres voyageurs OUI NON
- nécessite une aide pour monter ou descendre du véhicule OUI NON
- nécessite un accompagnateur en cours de transport (appareillage, trouble du comportement,...) OUI NON

10. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES utiles à l'étude du dossier

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier

NOM du médecin :

.....

Fait à :, le/...../.....

Signature et Cachet