

MODALITES DE REGLEMENT DU SERVICE

Le règlement des prestations se réalise par prélèvement bancaire automatique à fréquence régulière (mensuelle ou trimestrielle). Merci de joindre un RIB et de compléter la demande d’autorisation de prélèvement.

Adresse de facturation :

Adresse du domicile. Adresse du responsable légal. Autre (dans ce cas, veuillez préciser le Nom et l'adresse).

Délai de facturation : 10 jours date de facture

JUSTIFICATIFS

Si vous êtes :

- Titulaire de l’attestation d’invalidité à 80% fournie par la MDPH ou la Sécurité Sociale ; Fournir la copie de l’attestation.
- Bénéficiaire de l’Allocation personnalisée d’Autonomie de niveaux GIR 3 et 4 ; Fournir la copie de la notification d’attribution.

Autres documents :

- 1 photo d’identité
- 1 Photocopie d’une pièce d’identité
- Frais d’adhésion de 20€
- 1 Justificatif de domicile (facture d’EDF, Eau, Avis d’imposition,...)
- 1 RIB (pour le prélèvement automatique)

ACCEPTATION

INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Je déclare accepter que les informations me concernant communiquées à la CINOR fassent l’objet d’un traitement interne, sachant que je pourrai à tout moment avoir accès à ces informations, et demander la modification, la rectification ou la suppression de celles-ci, en application de la Loi Informatique et Liberté, auprès de CITALIS service CITYKER : 14, rue Gabriel de Kerveguen, ZEC du Chaudron, 97490 Sainte-Clotilde.

Fait à : le :

Par le bénéficiaire
Nom, Prénom, signature

Par le responsable légal (tuteur/curateur/parent)
Nom, Prénom, signature



PHOTO

N° adhérent :

Votre identité

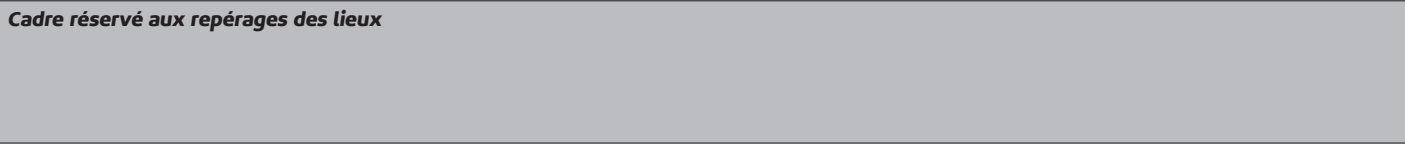
Mme Melle M. Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse du domicile :

Complément (bâtiment ; résidence ; étage...) :

Code postal : Ville :



(*) Tél. domicile : Tél. portable : Tél. bureau :

E-mail :

Pour rendre votre trajet plus agréable pouvez-vous nous indiquer vos préférences musicales :

Musique locale Musique internationale Classique Reggae R & B Autre :

Nom et coordonnées du responsable légal ou de la personne référente :

Mme Melle M. Nom : Prénom :

Curateur Tuteur Autres :

(*) Tél. domicile : Tél. portable : Tél. bureau :

E-mail :

EN CAS D’URGENCE PERSONNES A CONTACTER

Mme Melle M.

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne
(père, mère, tuteur, autres...) :

Adresse du domicile :

Code postal :

Ville :

(*)Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. bureau :

E-mail :

Mme Melle M.

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne
(père, mère, tuteur, autres...) :

Adresse du domicile :

Code postal :

Ville :

(*)Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. bureau :

E-mail :

Mme Melle M.

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne
(père, mère, tuteur, autres...) :

Adresse du domicile :

Code postal :

Ville :

(*)Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. bureau :

E-mail :

VOTRE SITUATION

☐ Handicap sensoriel auditif

☐ Déficience intellectuelle

☐ Handicap sensoriel visuel

☐ Handicap moteur

☐ Handicap psychique

☐ Autre :

En cas de déficience moteur, utilisez-vous ?

☐ Un fauteuil roulant manuel.

☐ Un fauteuil roulant électrique.

☐ Un fauteuil roulant de type allongé.
Si possible précisez les dimensions :

☐ Une ou des canne(s).

☐ Un déambulateur .

☐ Autre :

Vous est-il possible d’effectuer un transfert du fauteuil roulant sur un siège de véhicule ?

☐ Oui

☐ Non

ACCOMPAGNEMENT

Voyagez-vous avec un chien accompagnateur ?

☐ Oui

☐ Non

Voyagez-vous obligatoirement avec un accompagnateur ?

☐ Oui

☐ Non

Les coordonnées de l’accompagnateur désigné

☐ Mme

☐ Melle

☐ M.

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne (père, mère, tuteur, autres...)

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

(*) Tél. domicile : Tél. portable : Tél. bureau :

E-mail :

Vous êtes une personne en déficience intellectuelle, y a-t-il toujours une tierce personne à votre domicile pour vous amener et /ou vous reprendre au véhicule ?

☐ Oui

Nom :.....Prénom :.....

Lien avec la personne (père, mère, tuteur, autres...)

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

(*) Tél. domicile : Tél. portable : Tél. bureau :

E-mail :

Dans ce cas, la présence de cette personne est obligatoire à la prise en charge, et à la dépose.
Son absence entraînera l’annulation du transport.

☐ Non. Dans ce cas, vous nous autorisez à vous laisser seul(e) à votre domicile.

VOS BESOINS DE DEPLACEMENTS ET DE TRANSPORTS REGULIERS

Motifs des déplacements :

☐ Travail

☐ Profession

☐ Loisirs

☐ Santé

☐ Autres

S’il s’agit d’un transport pour motif de santé, indiquer le nom du médecin, du kiné ou tout autre renseignement utile

Nom du praticien 1 :

Adresse du praticien : Tél. :

Code postal : Ville :

Nom du praticien 2 :

Adresse du praticien : Tél. :

Code postal : Ville :

Fréquence des déplacements :

		7h - 8h	8h - 10h	10h - 12h	12h - 14h	14h - 16h	16h - 18h
Lundi	ALLER						
	RETOUR						
Mardi	ALLER						
	RETOUR						
Mercredi	ALLER						
	RETOUR						
Jeudi	ALLER						
	RETOUR						
Vendredi	ALLER						
	RETOUR						
Samedi	ALLER						
	RETOUR						
		7h30 - 9h30	9h30 - 11h30	11h30 - 13h30			
Dimanche	ALLER						
	RETOUR						

VOS LIEUX DE PRISE EN CHARGE ET DE DESTINATION PREFERENTIELS

PRISE EN CHARGE si différent du domicile

Adresse 1 :

Code postal :

Ville :

Complément (bâtiment ; résidence ; étage...) :

.....

Cadre réservé aux repérages des lieux

PRISE EN CHARGE si différent du domicile

Adresse 2 :

Code postal :

Ville :

Complément (bâtiment ; résidence ; étage...) :

.....

Cadre réservé aux repérages des lieux