

LE TRANSPORT À LA DEMANDE

Communauté de Communes du Grand Saint Emilionnais

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 ÂGÉES 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

☐ MOINS DE 18 ANS*

(hors trajets scolaires et si moins de 16 ans :
accompagnement obligatoire).

☐ AUTRE PUBLIC

Préciser :

• Merci de bien vouloir préciser si la personne est en capacité de prendre des correspondances TransGironde ou 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 :

* Si moins de 18 ans joindre une autorisation parentale accordant au mineur le droit d'utiliser seul le transport de proximité.
IMPORTANT : pour les moins de 16 ans, accompagnement obligatoire.



Déplacements souhaités

(plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ RDV MÉDICAUX | ☐ MDSI
(Maison Départementale
de la Solidarité et de l'Insertion) | ☐ ASSOCIATIONS CARITATIVES |
| ☐ CENTRES COMMERCIAUX | | ☐ AUTRES : |
| ☐ MARCHÉS | ☐ PÔLE EMPLOI | |
| ☐ RABATTEMENT VERS GARES TER | ☐ PÔLE SOLIDARITÉ | |
| | ☐ RABATTEMENT SUR POINTS
D'ARRÊT TRANSGIRONDE | |

Pièces justificatives

À fournir **DANS TOUS LES CAS** :

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

À fournir pour vérifier l'**OUVERTURE DES DROITS** au **TARIF SOCIAL HORIZON** :

- **Dernier** avis d'imposition ou autre justificatif de ressources **récent**.

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 :

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU GRAND SAINT-ÉMILIONNAIS
Mairie - 2 rue Dartus
33330 VIGNONET

Pour tout renseignement complémentaire
vous pouvez contacter la CDC au : **05 57 55 21 60**

**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 À LA CDC



RÉGION
**Nouvelle-
Aquitaine**