

## FORMULAIRE D'ADHESION AU SERVICE KAR'OUEST MOUV'

Mme  Mlle  M.

Nom : ..... Prénom : .....

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

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Adresse : .....

Adresse électronique : .....

### Le cas échéant, coordonnées du responsable légal :

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Adresse : .....

Adresse électronique : .....

### Personne à contacter en cas de problème

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Acceptez-vous que vos coordonnées téléphoniques soient communiquées aux services de la SEMTO et du TCO dans le cadre de l'évaluation de la qualité du service ? **OUI**  **NON**



**Êtes-vous titulaire d'une carte d'invalidité?** OUI  NON

Si oui, taux d'invalidité : .....

Date limite de validité de votre carte d'invalidité : ..... / ..... / .....

**Etes-vous titulaire d'une carte d'incapacité au taux  $\geq$  à 80 %?** OUI  NON

Date limite de validité de votre carte d'incapacité : ..... / ..... / .....

**Êtes-vous titulaire de la carte d'invalidité avec mention carte Canne Blanche, cécité Etoile Verte ou cécité pour les non-voyants?** OUI  NON

Date limite de validité de votre carte Canne Blanche, cécité Etoile Verte ou cécité : ..... / ..... / .....

**Bénéficiez-vous de l'allocation personnalisée autonomie pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui présentent une perte d'autonomie correspondant aux niveaux GIR 3 et 4?** OUI  NON

*Copie de justificatif à joindre au dossier*



**Votre situation nécessite-t-elle la présence systématique d'un accompagnateur ?**

- Oui  
 Non

**Attention :** Si le dossier mentionne la présence systématique d'un accompagnateur, celui-ci devra être obligatoirement présent. À défaut d'accompagnateur, l'accès au service pourra être refusé. Pour les enfants de moins de 6 ans, la présence d'un adulte-accompagnateur est obligatoire.

**Utilisez-vous ?**

- un fauteuil roulant manuel  
 un fauteuil roulant électrique  
 une canne  
 un déambulateur  
 un chien d'assistance  
 autre, précisez : .....

**Avez-vous des problèmes ?**

- de vue  
 d'équilibre  
 de marche  
 d'orientation  
 d'ouïe  
 autre, précisez : .....

**Dans quelle(s) tranches(s) horaires(s) pensez-vous utiliser le plus ce service ?**

- 6h30 - 9h00  
 9h00 - 12h00  
 12h00 - 14h00  
 14h00 - 16h00  
 16h00 - 18h00  
 18h00 - 19h00  
 19h00 - 22h00  
 le week-end (vendredi soir, samedi soir)

**Avec quelle périodicité pensez-vous utiliser ce service ?**

- tous les jours ou presque  
 environ 1 fois par semaine  
 environ 1 fois par mois  
 occasionnellement



**Pour quel(s) motif(s) principal(aux) de déplacement pensez-vous utiliser ce service ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> démarches administratives | <input type="radio"/> sorties sportives |
| <input type="radio"/> courses                   | <input type="radio"/> travail           |
| <input type="radio"/> loisirs                   | <input type="radio"/> autres :          |
| <input type="radio"/> sorties culturelles       |   |

**IMPORTANT : Pièces à fournir lors du dépôt de votre dossier :**

- 1 photocopie de votre pièce d'identité
- 1 photo d'identité (non scannée)
- 1 justificatif de domicile
- 1 copie du justificatif donnant accès au service **kar'ouest Mouv'** en page 2
- le présent formulaire complété et signé

Je certifie sur l'honneur que ces informations sont exactes.

Nom : ..... Prénom : .....

*Signature*

**USAGER PRESENTANT UN HANDICAP TEMPORAIRE**

Si vous ne relevez pas d'un des dispositifs mentionnés en page 2, votre demande d'utilisation de service **kar'ouest Mouv'** à titre temporaire est conditionnée par un avis médical.

Cet avis médical sera émis par votre médecin sur la base du formulaire fourni par le service **kar'ouest Mouv'**.

