



Communauté de Communes du
Nord Libournais

**DEMANDE D'INSCRIPTION
AU SERVICE DE TRANSPORT POUR LES PERSONNES A MOBILITE REDUITE
(TRANSADAPT)**

Date de la Demande : ____/____/____

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Plus de 75 ans : OUI – NON

Tel Domicile: ____/____/____/____/____ Tel Portable : ____/____/____/____/____

Adresse détaillée :

Code Postal : _____ VILLE : _____

SITUATION DE FAMILLE :

Marié Divorcé Célibataire Veuf(ve)

Nombre d'enfants : _____

Dont : ____ à charge

Dont : ____ en soutien

Nombre de personnes vivant au foyer, autre que le demandeur : ____

Précisez le lien de parenté avec le demandeur :

HANDICAP :

Fauteuil roulant Non voyant
 Carte d'invalidité : Taux : ____ % Autre

Accompagnant pouvant effectuer le trajet avec le demandeur :

OUI NON PARFOIS

LOGEMENT :

- Centre Ville Quartier excentré
 Campagne : Précisez le lieu-dit ou autre élément permettant de vous situer facilement :

- Collectif Individuel
 Rez de chaussée Étage : N° ____ Ascenseur : OUI – NON

SERVICE ET PRESTATIONS DONT BENEFICIE LE DEMANDEUR PAR AILLEURS :

- Portage des repas à domicile Aide ménagère
 Soins à domicile Télé Alarme
 Autre – Précisez :

MOYEN DE TRANSPORT : COMMENT VOUS DEPLACIEZ VOUS JUSQU'ALORS :

- Véhicule personnel Famille Voisin Taxi Autre

OBSERVATIONS :

(Précisez les raisons de votre demande si vous avez répondu « Autre » à la rubrique « HANDICAP »)

MOTIFS DES TRANSPORTS DEMANDES :

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Nom de l'instructeur du dossier :

DECISION :

- Accord provisoire Accord définitif Refus