



**Transport de  
Personnes à Mobilité Réduite  
DOSSIER D'ADMISSION**

**1/ SITUATION DU DEMANDEUR**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**2/ MOBILITÉ RÉDUITE TEMPORAIRE OU PERMANENTE**

**Mobilité réduite permanente**

**Pièces justificatives fournies ?**

Certificat médical circonstancié  oui  non

Carte d'invalidité ≥ 80 %  oui  non

**Mobilité réduite temporaire**

**Pièces justificatives fournies ?**

Certificat médical circonstancié mentionnant une date de fin d'incapacité temporaire  oui  non

Origine de la perte de mobilité *exemples : maladie (sans précisions médicales), fracture, etc :*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nature et siège de la cause de perte de mobilité *exemples fracture du tibia, etc :*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durée estimée de la perte de mobilité : \_\_\_\_\_

**3/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOS TRANSPORTS**

**VOTRE UTILISATION DU RÉSEAU DE TRANSPORT**

Utilisez-vous le réseau de transport en commun conventionnel de la CABA ?  oui  non

**Si oui, quelles sont les lignes que vous empruntez ?**

---

---

---

**Principaux arrêts concernés par vos déplacements :**

Arrêts de provenance : \_\_\_\_\_

---

Arrêts de destination : \_\_\_\_\_

---

**VOTRE DEMANDE CONCERNANT LE TPMP**

**Déplacement :**             sans fauteuil             avec fauteuil  
                                  avec accompagnant         sans accompagnant

**Autres situations** (à préciser) :

---

---

---

**Nature des déplacements :**             professionnels             autres

**Préciser la nature exacte des déplacements :**

---

---

---

---

**Jours d'utilisation prévue du service :**

- Tous les jours  
                                  matin OU A/M             matin ET A/M
- 1 fois par semaine (préciser le jour) : \_\_\_\_\_  
                                  matin OU A/M             matin ET A/M
- Plusieurs fois par semaine (préciser les jours) : \_\_\_\_\_  
                                  matin OU A/M             matin ET A/M

**Types de trajets :**             aller et retour             aller simple             retour simple

**Principaux arrêts concernés par vos déplacements :**

Arrêts de provenance : \_\_\_\_\_

---

Arrêts de destination : \_\_\_\_\_

---

**Aurez-vous un accompagnant ?**

oui

non

**Si oui, il sera :**

régulier

occasionnel

**Renseignements complémentaires pouvant nous être utiles pour vous transporter :**

---

---

---

---

---

---

Demande faite à Aurillac, le \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
(Renseignements personnels et confidentiels)**

A déposer ou à renvoyer à : STABUS 8 rue Denis Papin 15000 Aurillac  
Accompagnée des pièces justificatives exigées par le Règlement TPMP





## 1/ AVIS MÉDICAL

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, médecin traitant de  
\_\_\_\_\_ atteste que cette personne est dans  
l'incapacité d'emprunter les transports en commun conventionnels <sup>(1)</sup> et peut utiliser le Transport de Personnes  
à Mobilité Réduite (TPMR) suivant les modalités figurant dans le règlement ci-joint.

le \_\_\_\_\_

**Signature**

## 2/ USAGER

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, client(e) du Trans-  
port de Personnes à Mobilité Réduite (TPMR), déclare avoir pris connaissance du Règlement TPMR ainsi que  
du Règlement Voyageurs des transports en commun de la CABA, et m'engage à les respecter strictement.

le \_\_\_\_\_

**Signature**

<sup>(1)</sup> mention à rayer si la demande de TPMR s'entend comme un complément à l'utilisation des transports en commun conventionnels.