



leBUS+ à la demande  
service de transport à la demande pour les  
personnes en situation de handicap sur la  
Zone Nord-Est  
(PAYS D'AUBAGNE ET DE L'ETOILE) et Zone  
Sud-Est (la Ciotat)

Merci de remplir ce formulaire de demande d'accès au service afin que nous puissions adapter au mieux les transports à vos besoins.

### VOTRE IDENTITE

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Adresse du domicile :	
Complément (bât., résidence, code, étage, etc.) :	
Code postal :	Ville :
Tél. domicile :	
Tél. portable :	
Tél. bureau :	Fax :
E-mail : @	

Le cas échéant, nom et coordonnées du responsable légal ou de la personne référente :

Nom :	Prénom :
Code postal :	Ville :
Tél.	Tél. portable :
Fax :	
E-mail : @	

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/> 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 :	@

**Les coordonnées des personnes à joindre en cas d'urgence sont très importantes et doivent être à jour en permanence**

### LE MOTIF DE VOS DEPLACEMENTS HABITUELS

<input type="checkbox"/> TRAVAIL	<input type="checkbox"/> MEDICAL/PARAMEDICAL non pris en charge par l'assurance maladie
<input type="checkbox"/> LOISIRS	<input type="checkbox"/> AUTRES

(Cochez les cases correspondant à votre choix).

**Si vous avez des besoins réguliers, merci de nous préciser les jours où vous vous déplacez**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Cochez les cases correspondant à votre choix – plusieurs possibilités)

## VOS PRINCIPAUX LIEUX DE PRISE EN CHARGE ET DE DESTINATION

### LIEU DE PRISE EN CHARGE 1

Adresse :

Code postal :

Ville :

Complément (étage ; n° de porte ; etc.) :

Chez :

Tél. :

Problème(s) particulier(s) lié(s) à ce lieu (accessibilité ou autres etc.) :

.....

Disposez-vous d'une tierce personne sur place :

OUI

NON

(Cochez la case de votre choix)

### LIEU DE PRISE EN CHARGE 2

Adresse :

Code postal :

Ville :

Complément (étage ; n° de porte ; etc.) :

Chez :

Tél. :

Problème(s) particulier(s) lié(s) à ce lieu (accessibilité ou autres etc.) :

.....

Disposez-vous d'une tierce personne sur place :

OUI

NON

(Cochez la case de votre choix)

### LIEU DE DESTINATION 1

Adresse :

Code postal :

Ville :

Complément (étage, n° de porte, etc.) :

Chez :

Tél. :

Problème(s) particulier(s) lié(s) à ce lieu (accessibilité ou autres) :

.....

Disposez-vous d'une tierce personne sur place :

OUI

NON

(Cochez la case de votre choix)

TRANSPORTS QUOTIDIENS

HEBDOMADAIRE

MENSUEL

OCCASIONNELS

(Cochez les cases correspondant à votre choix)

## LIEU DE DESTINATION 2

Adresse :

Code postal :

Ville :

Complément (étage, n° de porte, etc.) :

Chez :

Tél. :

Problème(s) particulier(s) lié(s) à ce lieu (accessibilité ou autres etc.) :

.....  
.....

Disposez-vous d'une tierce personne sur place :

OUI

NON

(Cochez la case de votre choix)

TRANSPORTS QUOTIDIENS

HEBDOMADAIRE

MENSUEL

OCCASIONNELS

(Cochez les cases correspondant à votre choix)

### PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE

Obligatoirement :

- Photocopie de la pièce d'identité
- Photocopie de la carte d'invalidité ou carte mobilité inclusion « invalidité » (M.D.P.H.)
- Photocopie d'un justificatif de domicile
- Photo d'identité
- Certificat médical (voir document joint à remplir par le médecin)

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature :

**Merci de nous envoyer ce formulaire avec les pièces justificatives**

**à l'adresse suivante :**

TRANSCOOL13  
473 rue Saint-Pierre  
13012 Marseille

Partie à remplir avec le médecin et à joindre au dossier

## APPRECIATION DE L'AUTONOMIE POUR UN DEPLACEMENT EN TRANSPORT ADAPTE AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Le but de ce document est de fournir à la commission d'accès, les informations utiles à l'évaluation des besoins du demandeur en matière de transport en commun. Il s'agit notamment de permettre d'apprécier si la personne est autonome dans ses déplacements ou si elle doit être systématiquement accompagnée d'un tiers.

Attention, le service de transport adapté aux personnes en situation de handicap n'est pas un transport médicalisé mais un service de transport collectif, sur réservation, effectuant des trajets d'adresse à adresse mais sans accompagnement. Les conducteurs ne sont pas autorisés à pénétrer à l'intérieur des lieux de destination (publics ou privés). Les conducteurs ne sont pas habilités à faire du portage. Ils doivent garder leur véhicule en vue. Ils assurent le transport jusqu'à l'entrée des lieux de destination (public ou privé).

• **Information concernant la personne :**

Nom et prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

• **Type de handicap :**

Auditif  Moteur  Visuel  Cognitif  Mental  Psychique  Trouble de santé  autres : .....

• **Capacités / Incapacités :**

Besoin d'aide pour s'asseoir et/ou se lever

Possibilité de monter une marche haute

Marche sur une distance et un temps limité

Marche très lente

Troubles de l'équilibre

Possibilité de s'asseoir dans une voiture particulière

Désorientation temporo-spatiale l'empêchant de prendre un transport en commun

Troubles sévères de la compréhension

Dépendance à des traitements continus nécessaires à la survie

• **Utilisation d'aides techniques :**

Chien d'accompagnement

Canne  Déambulateur

Prothèses auditives  Assistance respiratoire

Fauteuil roulant manuel  Fauteuil roulant électrique

Est-il possible d'effectuer un transfert de votre fauteuil vers un siège du véhicule :

OUI

NON (Cochez la case de votre choix)

Pour être transporté, votre fauteuil roulant doit être en bon état de fonctionnement (poignées solides, roues gonflées, freins opérationnels etc.) et arrimable en toute sécurité dans les véhicules.

• **Entourage de la personne handicapée :**

La personne vit seule ou ne dispose pas d'aidant capable de lui apporter une aide

La personne dispose d'un conjoint ou aidant capable de lui apporter une aide

• **Nécessité de la présence d'un accompagnateur**

Optionnel (à l'appréciation de la personne handicapée)

Obligatoire pour un déplacement hors du domicile, de la prise en charge jusqu'à destination

Obligatoire uniquement à la prise en charge au point de départ et à l'arrivée à destination

En cas d'accompagnement obligatoire, l'accompagnateur voyage gratuitement.

Date

Signature du médecin