

**SERVICE DE TRANSPORT A LA  
DEMANDE DES PERSONNES À  
MOBILITÉ RÉDUITE  
« MOBI-HANDIPASS »**

*Formulaire à retourner à :*

PAYS DE CHATEAUGIRON COMMUNAUTE

**Service Mobilités**

16 rue de Rennes

35410 Châteaugiron

[mobilite@pcc.bzh](mailto:mobilite@pcc.bzh) – 02 30 21 21 70

**Renseignements administratifs :**

NOM	
NOM DE JEUNE FILLE	
PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	
CODE POSTAL	
VILLE	
TÉLÉPHONE	
PORTABLE	
MAIL	

**Contact en cas d'urgence :**

NOM PRÉNOM	
ADRESSE	
CODE POSTAL	
VILLE	
TÉLÉPHONE	
PORTABLE	
MAIL	

**Renseignements concernant le handicap du demandeur :**

Carte :

- Carte d'invalidité au taux minimal de 80 % avec mention « Besoin d'accompagnement »
- Carte de mobilité inclusion au taux minimal de 80 % avec mention « **Invalidité** »
- Carte cécité étoile verte
- Carte cécité canne blanche

Numéro de la carte : .....

Date de fin de validité : .....

Mention éventuelle : .....

Besoin d'accompagnement : .....

Mesures apportées :

- Cannes
- Fauteuil pliant
- Fauteuil manuel
- Fauteuil électrique
- Scooter ou tricycle électrique
- Autre : .....

Pouvez-vous utiliser un véhicule de type « Taxi » ?

- Oui
- Non

Avez-vous besoin lors de vos déplacements d'un appareillage autre que le fauteuil ?

- Oui, précisez (**le respirateur ne permettra pas l'accès au service**) : .....
- Non

Votre handicap nécessite-t-il la présence d'une tierce personne lors de vos déplacements ?

- Oui
- Non

Pouvez-vous réaliser seul votre transfert de véhicule ?

- Oui
- Non

**Renseignements concernant les déplacements :**

Motifs des déplacements :

Travail :

- Oui
- Non

Si oui, joindre une attestation employeur.

Autre :

- Oui, précisez : .....
- Non

*Les déplacements qui ne rentrent pas dans le cadre du service sont précisés à l'article 2 du règlement.*

**Documents à joindre à cette fiche d'inscription :**

- Pièce d'identité avec photo (carte d'identité, passeport, permis de conduire)
- Copie recto-verso de :
  - OU La carte d'invalidité au taux minimal de 80 % avec mention « Besoin d'accompagnement »
  - OU La carte de mobilité inclusion au taux minimal de 80 % avec mention « Invalidité »
  - OU La carte cécité étoile verte
  - OU La carte cécité canne blanche
- Justificatif de domicile de moins de 6 mois
- Attestation employeur, si les déplacements sont liés au travail

**En cas de demande ne rentrant pas dans le cadre du règlement :**

- Courrier explicatif du besoin du demandeur
- Certificat médical confirmant l'impossibilité à se déplacer et le besoin d'accès au service
- Le cas échéant, copie recto-verso de :
  - OU La carte d'invalidité au taux inférieur à 80 %
  - OU La carte de mobilité inclusion avec mention « Priorité pour personnes handicapées »
  - OU La carte de mobilité inclusion avec mention « Stationnement pour pers. handicapées »

Je soussigné .....

- Sollicite l'inscription à la formule Mobi-handipass du transport à la demande du Pays de Châteaugiron Communauté ;
- Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- Atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du service et des conditions financières.

Fait à : ..... Le ..... Signature du demandeur
--

*Les informations recueillies sont, sauf mention spécifique, obligatoires et font l'objet d'un traitement informatique à des fins administratives. Elles sont strictement destinées aux services transport et financier et conservées le temps de l'utilisation du service.*

*Conformément au règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (« règlement général sur la protection des données »), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité et de suppression aux informations vous concernant, pour des motifs légitimes, que vous pouvez exercer en vous adressant au délégué à la protection des données du Pays de Châteaugiron Communauté ([dpo@pcc.bzh](mailto:dpo@pcc.bzh)).*

*Vous disposez également d'un droit de réclamation auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).*

**Dans le cadre du règlement**

Demande reçue le : .....

**Hors règlement - Demande de dérogation**

Demande dérogatoire étudié par le CCAS de : .....

Par (nom de la personne et qualité) : .....

Courrier explicatif du besoin du demandeur

Motif de la dérogation à remplir par le CCAS :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Certificat médical confirmant l'impossibilité à se déplacer et le besoin d'accès au service

Nom du médecin : .....

Le cas échéant, joindre :

Copie recto-verso de :

OU La carte d'invalidité au taux inférieur à 80 %

OU La carte de mobilité inclusion avec mention « Priorité pour personnes handicapées »

OU La carte de mobilité inclusion avec mention « Stationnement pour pers. handicapées »

Accord de principe du CCAS :  Oui  Non

Durée de la dérogation :  3 mois  6 mois (maximum)

Fait à ..... le .....

Signature et cachet du CCAS

Demande reçue au Pays de Châteaugiron Communauté le .....

Dérogation accordée

Dérogation refusée

Date de fin de dérogation : .....

Signature du vice-président  
du Pays de Châteaugiron Communauté  
en charge des mobilités

Décision notifiée au demandeur le : .....