

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

TRANSPORT DES PERSONNES À MOBILITÉ RÉDUITE (TPMR)



Cadre réservé au service TPMR

Nom :
Prénom :
Commune :
Carte Mobilité Inclusion (ex carte d'invalidité) : %
Date de validité :
N° de carte :
Admission le :
1^{er} renouvellement :
2^{ème} renouvellement :

Photo

DOSSIER À RETOURNER À :

Transports Publics du Choletais
Service TPMR
24 rue de la Jominière
CS 21974
49319 CHOLET CEDEX

Tel : 02 41 49 02 80

Du lundi au vendredi de 8h45 à 12h et de 13h45 à 17h

Email : tpmr.tpc@choletbus.fr

PIÈCES À JOINDRE :

- ☐ Le certificat médical «TPMR» complété et signé par le médecin traitant sous pli cacheté
- ☐ Un chèque de 5€ à l'ordre de TPC pour les frais d'établissement
- ☐ Une photo d'identité récente (noter votre nom et prénom au dos)
- ☐ Une photocopie recto/verso de la Carte Mobilité Inclusion «Invalidité» (les cartes «Priorité» et «Stationnement» ne sont pas acceptées)
- ☐ Une photocopie de l'avis d'imposition en cours pour les personnes non-titulaires de la Carte Mobilité Inclusion «Invalidité»

FICHE D'IDENTITÉ

M. ☐ Mme ☐

Nom : Prénom :

Adresse : Maison individuelle : ☐ sans étage ☐ avec étage
Appartement : ☐ sans ascenseur ☐ avec ascenseur

N° : Rue :

Code Postal : Commune :

Téléphone :

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

☐ 1^{ère} demande ☐ Renouvellement

Cadre réservé au service TPMP

Prise en charge : ☐ Trottoir ☐ Domicile

Statut :

Accompagnateur : ☐ Sans accompagnateur
☐ Avec accompagnateur
☐ Avec accompagnateur obligatoire

Situation :

Etes-vous retraité(e) ? ☐ Oui ☐ Non

Ou exercez-vous une activité professionnelle ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom et adresse de l'employeur :
.....
.....
.....

Coordonnées de la personne à joindre en cas de besoin :

M. ☐ Mme ☐

Nom : Prénom :

Adresse : N° : Rue :

Code Postal : Commune :

Téléphone : Email :

Lien avec cette personne : ☐ Père/Mère ☐ Frère/Soeur
☐ Mandataire/Tuteur ☐ Autre :

DESCRIPTION DU HANDICAP

Marche possible : ☐ Oui ☐ Non

Marche lente : ☐ Oui ☐ Non

Marche difficile avec : ☐ Canes
☐ Déambulateur
☐ Rolateur

Marche impossible : ☐ Utilisation fauteuil roulant pliant
☐ Utilisation fauteuil roulant non pliant
☐ Utilisation fauteuil roulant transférable

Station debout : ☐ Possible
☐ Pénible
☐ Impossible

Possibilité de descendre seul(e) du domicile jusqu'au trottoir : ☐ Oui ☐ Non

Besoin d'un accompagnateur personnel : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quel cas avez-vous besoin d'un accompagnateur ?
.....
.....

Aide à la montée et à la descente du véhicule nécessaire : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous besoin d'une aide pour vous transférer dans un taxi ? ☐ Oui ☐ Non

Doit-on vous porter pour monter dans un taxi ? ☐ Oui ☐ Non

Bon équilibre assis : ☐ Oui ☐ Non

Troubles intellectuels : ☐ Oui ☐ Non

Troubles visuels : ☐ Oui ☐ Non

Problèmes particuliers à spécifier :
.....
.....
.....

Fait à : Le :

Signature de l'intéressé(e) :

**Certificat obligatoire et confidentiel,
remis sous enveloppe cachetée au médecin siégeant
à la Commission d'admission Transport des Personnes à Mobilité Réduite
et conservé par celui-ci.**

Demande à remplir le plus complètement possible par le médecin traitant.

La décision est prise sans examen médical du patient.

Transport des Personnes à Mobilité Réduite (TPMR)

Coordonnées du patient :

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom : Prénom :

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

*Taille : *Poids :

S'agit-il d'un handicap : physique ☐ mental ☐ sensoriel ☐

**Indispensable*

Nature de l'affection justifiant la demande *(Évitez les abréviations et sigles - Merci) :*

.....
.....

- Trouble fonctionnel principal :

.....
.....

- Possibilités évolutives :

.....
.....

- Problèmes médicaux associés :

.....
.....

BILAN FONCTIONNEL

Trouble de l'équilibre :

☐ OUI ☐ NON

Si oui, nature, intensité :

Équilibre assis :

☐ OUI ☐ NON

Existence de troubles de la marche ?

☐ OUI ☐ NON

1. La marche est cependant possible : (Cochez) ☐

- Périmètre de marche :

- Aides techniques à la marche (cannes, déambulateur, rolateur...) :

- Station debout possible pendant un temps limité : ☐ OUI ☐ NON

- Franchissement de marches possible : ☐ OUI ☐ NON

- Usage intermittent d'un fauteuil roulant : ☐ OUI ☐ NON

2. La marche est impossible : (Cochez) ☐

- Pour quelle raison ?

- Usage d'un fauteuil roulant : ☐ OUI ☐ NON

À commande : - manuelle ☐ - électrique ☐

- Nécessite une aide extérieure : ☐ OUI ☐ NON

Une assistance est-elle nécessaire ?

- À titre de surveillance permanente : ☐ OUI ☐ NON

- Courses en magasin : ☐ OUI ☐ NON

- Rendez-vous divers (médecin par exemple, ...) : ☐ OUI ☐ NON

- Autres (Précisez) : ☐ OUI ☐ NON

- Seulement pour l'installation dans un véhicule : ☐ OUI ☐ NON

- Pour autre raison (défaut d'équilibration ...) : ☐ OUI ☐ NON

- Autres (détaillé) :

Troubles vésico-sphinctériens ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, de quel type ?

- Appareillage de continence ☐ OUI ☐ NON

Conclusions du médecin traitant :

Date, signature et tampon obligatoire du médecin traitant