

Afin de faciliter le traitement de votre demande, nous vous demandons de bien vouloir renseigner lisiblement les champs suivants et de compléter l'ensemble des rubriques vous concernant.

**Pour toute demande d'information n'hésitez pas à contacter nos conseillers au 0810 0810 93\***

\*prix d'un appel local

---

## VOTRE IDENTITÉ

---

Mme  Melle  Mr      NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse du domicile : .....  
Si résidence, n° chambre : ..... Secteur / aile : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Le cas échéant, nom et coordonnées du responsable légal : .....  
.....  
Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....  
Téléphone bureau : .....  
E-mail<sup>1</sup> : .....

**Motifs de déplacements habituels (plusieurs choix possibles) :**

Travail       Loisirs       Autres

---

## RECONNAISSANCE DU HANDICAP

---

***Êtes-vous titulaire d'une carte d'invalidité d'un taux supérieur ou égal à 80% ?***

Oui       Non

Taux d'invalidité : .....  
Département de délivrance : .....  
Date limite de fin de validité de la carte d'invalidité : ...../...../.....

---

<sup>1</sup> facultatif

---

---

## VOTRE SITUATION

---

- Handicap sensoriel auditif
- Handicap sensoriel visuel
- Déficience intellectuelle
- Handicap moteur
- Autre type de handicap : .....

En cas de déficience moteur, utilisez-vous ?

- Un fauteuil roulant manuel  un fauteuil roulant électrique

Si possible précisez les dimensions :

- un déambulateur  une ou des canne(s)

Vous est-il possible d'effectuer un transfert du fauteuil roulant sur un siège de véhicule ?

- Oui  Non

*Nous attirons votre attention sur le fait que, pour être transporté, votre fauteuil roulant doit être en bon état de fonctionnement (poignées solides, roues gonflées, freins opérationnels...) et arrimable en toute sécurité dans tous les véhicules.*

---

---

## ACCOMPAGNEMENT

---

***Voyagez-vous obligatoirement avec un accompagnateur ?***  Oui  Non

***Voyagez-vous avec un chien accompagnateur ?***  Oui  Non

---

---

## MODALITÉS DE REGLEMENT DU SERVICE

---

Nous vous proposons de régler vos voyages en créditant votre Compte Mobilité à tout moment :

- par prélèvement bancaire automatique (dans ce cas, merci de compléter la demande d'autorisation de prélèvement, et de joindre un RIB)
- par chèque ou mandat-postal directement envoyé par courrier à l'agence commerciale
- directement à l'agence commerciale du service en espèces, chèque ou carte bancaire
- directement à bord des véhicules en espèces ou par chèque.

Si vous disposez d'un tiers payant merci de préciser ses coordonnées :

.....  
.....

---

---

## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

---

---

**Obligatoirement :**

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Photocopie d'un justificatif de domicile

---

---

## VOS LIEUX DE PRISE EN CHARGE ET DE DESTINATION

---

---

**LIEU DE PRISE EN CHARGE –  
SI DIFFÉRENT DU DOMICILE**

Adresse :.....  
Ville :..... Code postal :.....  
Etage et/ou n° de porte :..... Code d'entrée :.....  
Ascenseur :  oui  non  
Problèmes particuliers liés à ce lieu :.....  
Repérage des lieux :.....  
Tél : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ .....  
Disposez-vous d'une tierce personne sur place ? .....

**LIEU DE DESTINATION 1**

Adresse :.....  
Ville :..... Code postal :.....  
Etage et/ou n° de porte :..... Code d'entrée :.....  
Ascenseur :  oui  non  
Problèmes particuliers liés à ce lieu :.....  
Repérage des lieux :.....  
Tél : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ .....  
Disposez-vous d'une tierce personne sur place ? .....

**LIEU DE DESTINATION 2**

Adresse :.....  
Ville :..... Code postal :.....  
Etage et/ou n° de porte :..... Code d'entrée :.....  
Ascenseur :  oui  non  
Problèmes particuliers liés à ce lieu :.....  
Repérage des lieux :.....  
Tél : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ .....  
Disposez-vous d'une tierce personne sur place ? .....

### LIEU DE DESTINATION 3

Adresse :.....  
Ville :..... Code postal :.....  
Etage et/ou n° de porte :..... Code d'entrée :.....  
Ascenseur :  oui  non  
Problèmes particuliers liés à ce lieu :.....  
Repérage des lieux :.....  
Tél : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ .....  
Disposez-vous d'une tierce personne sur place ? .....

Je déclare avoir pris connaissance et approuvé les conditions d'utilisation du service.

Fait à :....., le..... Signature

Merci de nous envoyer ce formulaire ainsi que les pièces justificatives à l'adresse suivante :

**PAM 93**  
**ZI des Mardelles**  
**26/36 rue Alfred Nobel**  
**93 600 Aulnay sous Bois**

ou bien par télécopie au 01 41 55 50 31

FlexCité 93 dispose d'un système informatique destiné à traiter les informations concernant ses clients.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à organiser au mieux les transports à la demande de porte à porte que nous assurons dans le cadre d'une délégation de service public. Les destinataires des données sont le personnel de direction, le superviseur commercial, le superviseur opérationnel et les régulateurs.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service clientèle de PAM 93, ZI des Mardelles, 26/36 rue Alfred Nobel 93600 Aulnay-sous-Bois.

## DEMANDE DE TRANSPORTS REGULIERS

NOM : .....Prénom : .....

### FREQUENCE ET HORAIRES

A partir du : / /

Jusqu'au : / /

Indiquez ci-dessous l'heure de prise en charge :

		Heure de départ souhaité	Heure d'arrivée ou souhaitée	Horaires proposés
<b>Lundi</b>	Aller : Retour :		ou	
<b>Mardi</b>	Aller : Retour :		ou	
<b>Mercredi</b>	Aller : Retour :		ou	
<b>Judi</b>	Aller : Retour :		ou	
<b>Vendredi</b>	Aller : Retour :		ou	
<b>Samedi</b>	Aller : Retour :		ou	
<b>Dimanche</b>	Aller : Retour :		ou	

### DESTINATION

Adresse : .....

Ville : .....Code postal : .....

Etage et/ou n° de porte : .....Code d'entrée : .....

Ascenseur :  oui  non

Problèmes particuliers liés à ce lieu : .....

Repérage des lieux : .....

Tél : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

### RESERVE AU SERVICE

Accord à compter du :

Client prévenu le :