

SERVICE MINIBUS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE L'USAGER

A déposer ou à envoyer à :
Mairie de Kerlouan
Rue de la Côte des légendes
29890 KERLOUAN

Identité e l'usager :

Madame

Monsieur

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

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

E.mail :

.....

Situation de famille :

célibataire

Union libre

Marié (e)

Divorcé (e)

Veuf (ve)

Séparé (e)

Depuis le :

Personne à contacter :

Famille (nom, prénom, adresse et téléphone) :

.....
.....

Voisin (nom, prénom, adresse, téléphone) :

.....
.....

Travailleur médico-social référent :

.....

Accès à votre domicile

Merci de préciser tout détail nous permettant de faciliter l'accès à votre domicile (nom sur la boîte aux lettres, couleur de la maison, couleur des volets,..)

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

Vos attentes de ce service :

Pour quels motifs de déplacements souhaitez-vous ce service ?

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Démarches administratives | <input type="checkbox"/> Courses | <input type="checkbox"/> Loisirs |
| <input type="checkbox"/> Sorties culturelles | <input type="checkbox"/> Rendez-vous médicaux | <input type="checkbox"/> Marchés |
| <input type="checkbox"/> Associations | <input type="checkbox"/> Autres - Précisez : | |

Avec quelles périodicité pensez-vous utiliser ce service ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> 1 fois par quinzaine |
| <input type="checkbox"/> 1 fois par mois | <input type="checkbox"/> Autres - Précisez : | |

Dans quelle (s) tranche (s) horaire (s) pensez-vous utiliser ce service ?

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 9h30-10h30 | <input type="checkbox"/> 10h30-12h00 | <input type="checkbox"/> 13h30-15h00 |
| <input type="checkbox"/> 15h00-16h30 | <input type="checkbox"/> Autres, précisez : | |

Quel(s) jour (s) ?

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Mercredi | <input type="checkbox"/> Jeudi | <input type="checkbox"/> Vendredi |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

Votre situation

Etes-vous titulaire d'un carte d'invalidité oui non
Si oui, quel taux d'invalidité ?

Etes-vous bénéficiaire de l'APA ? oui non

Etes-vous en situation de handicap ? oui non
Si oui, nature du handicap :

Cet handicap est-il temporaire ? Oui Non

Utilisez-vous ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Canes | <input type="checkbox"/> Déambulateur |
| <input type="checkbox"/> Chien-assistance/chien-guide | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |

Avez-vous des problèmes :

- De vue
- D'orientation
- D'équilibre :de marche
- D'audition
- Autres - précisez :

Avez-vous besoin d'être accompagné (e) lors de vos déplacements ? oui non

Merci de fournir les documents suivants à votre dossier :

- Photocopie d'un pièce d'identité
- Photocopie d'un justificatif de domicile

Commentaire éventuel :

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature de l'utilisateur

Réservé à l'administration :

- Charte de l'utilisateur signée
- Photocopie d'une pièce d'identité de l'utilisateur
- Photocopie d'un justificatif de domicile

Formulaire validé par le CCAS
Et certifié exécutoire, la délibération ayant été reçue à la Préfecture du
Finistère