



**TRANSPORT DES PERSONNES
A MOBILITE REDUITE**

 **MOBICÉO**

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Dernière mise à jour : 29 décembre 2016

DEMANDEUR

Mme M.

NOM.....

Prénom.....

ADRESSE N° Rue ou Lieu-dit.....

Code postal COMMUNE.....

N° de téléphone

e-mail.....

Nom, adresse et n° de téléphone de la personne intervenant en cas de besoin et habilitée à réserver à la place de l'intéressé :

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

CADRE RESERVE A GOLFE DU MORBIHAN – VANNES AGGLOMERATION

Avis favorable
 Avis défavorable

Prononcé pour une durée de ___an(s), jusqu'auinclus
Transmis à KICEO le

MOTIFS DE DEPLACEMENT

- **ETUDIANT** oui non
Nom et adresse de l'établissement universitaire fréquenté :

.....
.....

Joindre au présent dossier un certificat de scolarité

- **SALARIE** oui non
Nom et adresse de votre employeur :

.....
.....

Joindre au présent dossier une attestation de votre employeur

- **AUTRE**
Précisez

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

MOBICEO vous intéresse pour des déplacements :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Réguliers : | <input type="checkbox"/> <i>Enseignement</i> | <input type="checkbox"/> <i>Travail</i> |
| <input type="checkbox"/> Occasionnels : | <input type="checkbox"/> <i>Démarches</i> | <input type="checkbox"/> <i>Loisirs</i> |

Autres.....
.....
.....
.....

CONDITIONS D'ACCES AU SERVICE **MOBICEO**

Les informations ci-dessous vont nous permettre de mieux vous accueillir.

- | | | |
|------------------------------|---|---|
| Marche possible | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Marche difficile avec | cannes simples <input type="checkbox"/> | cannes béquilles <input type="checkbox"/> |
| | Tripode <input type="checkbox"/> | déambulateur <input type="checkbox"/> |
| Marche impossible | utilisation fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> |
| | utilisation fauteuil roulant non électrique | <input type="checkbox"/> |
| | utilisation fauteuil roulant transférable | <input type="checkbox"/> |

JUSTIFICATIF D'ACCES AU SERVICE MOBICEO

1. Impossibilité médicale d'accéder au réseau classique de transport

L'appréciation sera faite par un médecin expert au vu du certificat médical établi par le médecin traitant complété au besoin par une contre-visite du demandeur.

2. Handicap

Etes-vous titulaire d'une carte d'invalidité 80% et plus avec mention « station debout pénible » ou « besoin d'accompagnement » ?

oui non

Si oui, précisez le numéro de la carte d'invalidité :

Etablie le :

Barre verte station debout pénible (SDP) oui non

Carte d'invalidité mention « CECITE » oui non

Autres mentions :

Demande d'Accompagnateur : oui non

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- 2 photographies d'identité récentes
- 1 photocopie recto verso de la carte d'invalidité
- le certificat médical **sous pli fermé** complété par votre médecin traitant joint à ce dossier (utiliser l'enveloppe)
- si vous êtes :
 - étudiant : certificat de scolarité de l'année universitaire en cours
 - salarié : attestation de votre employeur

DOSSIER A RETOURNER AU CCAS DE VOTRE COMMUNE

CCAS d'Arradon 6, rue du Plessis d'Arradon 56610 ARRADON	CCAS de Baden 3 rue Wheiheiml 56870 BADEN	CCAS du Bono Mairie Place Joseph Le Clanche 56400 LE BONO	CCAS de Elven Mairie Place de Verdun 56250 ELVEN	CCAS du Hézo Mairie 15 rue Saint Vincent 56450 LE HEZO
CCAS de L'Ile aux Moines rue de l'église 56780 ILE AUX MOINES	CCAS de l'Ile d'Arz Mairie Rue du Prieuré 56840 ILE D'ARZ	CCAS de Larmor Baden Mairie Place de l'église 56870 LARMOR BADEN	CCAS de Meucon Mairie 1 route de Pontivy 56890 MEUCON	CCAS de Monterblanc Mairie 5 place de la Mairie 56250 MONTERBLANC
CCAS de Plescop 68 avenue du Général de Gaulle 56890 PLESCOP	CCAS de Ploëren Le Kreisker Place Jules Gillet 56880 PLOEREN	CCAS de Plougoumelen Mairie 5 rue Yves de Pont Sal 56400 PLOUGOUMELEN	CCAS de Saint-Avé Place François Mitterrand 56890 SAINT-AVE	CCAS de Saint-Nolff Mairie 1 place Saint Mayeul 56250 SAINT-NOLFF
CCAS de Séné Mairie Place de la Fraternité 56860 SENE	CCAS de Surzur Mairie 1 place Xavier de Langlais 56450 SURZUR	CCAS de Sulniac Mairie 2 rue René Cassin 56250 SULNIAC	CCAS de Theix-Noyal Mairie route de Nantes 56450 THEIX	CCAS de Trédion Mairie 1 rue Saint Martin 56250 TREDION
CCAS de Treffléan Mairie Place de l'Eglise 56250 TREFFLEAN	CCAS de la Trinité Surzur Mairie 18 route Armorique 56190 LA TRINITE SURZUR	CCAS de Vannes 22, avenue Victor Hugo B.P. 210 56006 VANNES CEDEX		

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE

En application de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite loi « Informatique et Libertés », les informations qui vous sont demandées sont nécessaires au traitement de votre dossier. La loi vous garantit un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant.

ATTESTATION

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier, toute mention d'information erronée entraîne ma responsabilité.

En outre, je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement du service **MOBICEO** joint à ce dossier et m'engage à en respecter les dispositions.

Fait àle
Signature

CADRE RESERVE AU CCAS

- Avis favorable
- Avis défavorable

Cachet du CCAS

Remarques :

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

Le CCAS certifie que le demandeur est bien domicilié sur la commune et à l'adresse indiquée



Transmis à Golfe du Morbihan – Vannes Agglomération le