



TROTTIK

Véhicule adapté pour le transport
des personnes à mobilité réduite

DOSSIER D'INSCRIPTION

*Dossier à compléter et à renvoyer
à l'adresse suivante :*

**CCAS
1 place de la Libération
29480 LE RELECQ-KERHUON
Tel : 02 98 28 44 96**

COORDONNEES

Mme Mlle Mr

NOM : PRENOM : DATE DE

NAISSANCE : / /

TEL. FIXE : TEL. PORTABLE : ADRESSE :

.....

..... CODE POSTAL :

..... COMMUNE : Adresse électronique

.....

Le cas échéant, coordonnées du responsable
légal

Nom prénom : Téléphone : Adresse

.....

Personne à contacter en cas de
problème

Nom/prénom : Téléphone

.....

Quelques éléments complémentaires pour mieux connaître vos attentes

Pour quel(s) motif(s) de déplacements souhaitez-
vous utiliser ce service ?

Démarches administratives Courses Loisirs
 Sorties culturelles Rendez-vous médicaux Autres

Avec quelle périodicité pensez-vous utiliser ce
service ?

1 fois / semaine 1 fois / mois
 1 fois / quinzaine 1 fois /

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

09h – 10h30 10h30 – 12h00
 13h30 – 15h00 15h00 – 16h30

SUPPLEMENT D'INFORMATIONS

Êtes-vous titulaire d'une carte d'invalidité? OUI NON

Si oui, taux d'invalidité :

Êtes-vous bénéficiaire de l'APA? OUI NON

Avez-vous un handicap ? OUI NON

Si oui, nature du handicap :

Ce handicap est-il temporaire ? OUI NON

Utilisez-vous?

fauteuil roulant manuel

fauteuil roulant électrique

canne(s)

déambulateur

chien assistance

autre

Avez-vous des problèmes:

de vue

d'équilibre

d'audition

de marche

d'orientation

autres

Avez-vous besoin d'être accompagné(e) lors de votre
déplacement?

OUI NON

Accès à votre domicile

Merci de nous signaler d'éventuelles difficultés d'accès à votre domicile :

Appartement en étage sans ascenseur. Préciser étage :

Code d'entrée pour accéder au bâtiment :

Marches pour accéder au bâtiment. Nombre de marches :

Autre :

.....

.....

Avez-vous des besoins particuliers ? Si oui, quels sont-ils ?

.....

.....