DOSSIER DE DÉROGATION POUR LE TRANSPORT À LA DEMANDE

Pass'O
Porte-à-porte

IDENTIFICATION DE L'USAGER

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Mobile : Téléphone fixe :

SITUATION DE HANDICAP / MOBILITÉ

Handicap : ☐ Temporaire ☐ Définitive

Marche possible : ☐ Cannes ☐ Déambulateur

Marche impossible : ☐ Fauteuil électrique

☐ Fauteuil non électrique

Certificat médical : ☐ Oui ☐ Non

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT / CONTACT

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : Prénom :

Lien avec l'usager :

Adresse :

Code postal : Ville :

Mobile : Téléphone fixe :

AVIS DE LA MAIRIE

☐ Favorable ☐ Défavorable

Durée de validité de la dérogation
(selon le certificat médical) :

Signature du Maire ou de l'Adjoint-e au Maire :

Cachet de la Mairie