



Demande d'accès au service Synchro Access'

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE

N° dossier :
Date de la commission : / /
Décision : Accord Refus
Durée d'admission :

Il s'agit : d'une première demande d'un renouvellement de demande

VOTRE IDENTITÉ

Mme M. NOM : Prénom :
Date de naissance : / /
Adresse (N° et nom de rue) :

Si immeuble, étage n° : Ascenseur oui non
Code Postal : Ville :
N° de tél. : Fixe : Portable :
Adresse mail :@.....

Personne à contacter si nécessaire ou en cas d'urgence :
NOM : Prénom :
N° de tél. : Fixe : Portable :

VOTRE HANDICAP

Utilisez-vous ?

- Fauteuil roulant manuel SANS possibilité de se transférer seul dans un siège fixe du véhicule
- Fauteuil roulant manuel AVEC possibilité de se transférer seul dans un siège fixe du véhicule
- Fauteuil roulant électrique
- Déambulateur Canne, béquille Chien d'assistance
- Autre, précisez :

Vous avez des difficultés ?

- à marcher visuelles d'équilibre d'orientation
- Autre, précisez :

GRAND CHAMBERY

DIRECTION DE LA MOBILITÉ

106 allée des Blachères - CS 82618 - 73026 Chambéry cedex - 04 79 96 86 17



grandchambery.fr



grandchambery



grandchambery



grandchamberyofficiel



grandchambery

VOS PRINCIPALES DESTINATIONS

Lieu de destination	Adresse (n°, rue, ville)	Motif du déplacement
		<input type="checkbox"/> Travail / Etudes <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Courses, démarches administratives <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Visites famille
		<input type="checkbox"/> Travail / Etudes <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Courses, démarches administratives <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Visites famille
		<input type="checkbox"/> Travail / Etudes <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Courses, démarches administratives <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Visites famille
		<input type="checkbox"/> Travail / Etudes <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Courses, démarches administratives <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Visites famille

VOS MOYENS DE DEPLACEMENTS ACTUELS

- Bus Vélobulle Marche à pied Synchro Access'
 Voiture conducteur Voiture passager Taxi
 Autre, précisez :

GRAND CHAMBERY

Demande d'accès au service Synchro access'



grandchambery.fr



grandchambery



grandchambery



grandchamberyofficiel



grandchambery

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 d'accès et d'utilisation au service Synchro Access' et m'engage à en respecter les conditions.

Fait à, le/...../.....

NOM : Prénom :

Signature du demandeur :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Grand Chambéry, 106 allée des Blachères, CS 82618, 73026 Chambéry cedex

Pièces à joindre au dossier :

- la présente demande d'accès au service dûment complétée et signée,
- une photocopie de la carte d'identité,
- une photocopie de la carte d'invalidité supérieure ou égale à 80 % ou de la Carte Mobilité Inclusion Invalidité
- un justificatif de domicile (quittance électricité, téléphone, eau) datant de moins de trois mois*
- la dérogation pour le transport des mineurs
- le certificat médical ci-joint à compléter par votre médecin traitant; IL DOIT ETRE MIS SOUS PLI CACHETE DANS UNE ENVELOPPE PORTANT LA MENTION « CONFIDENTIEL ».*

* Ces documents ne sont pas obligatoires pour les personnes titulaires d'une Carte Mobilité Inclusion Invalidité ou une carte d'invalidité supérieure ou égale à 80%.

Dossier à retourner par courrier à l'adresse suivante :

GRAND CHAMBÉRY
Direction de la mobilité
106, allée des Blachères – CS 82618 – 73026 Chambéry cedex

GRAND CHAMBÉRY

Demande d'accès au service Synchro access'



grandchambery.fr



grandchambery



grandchambery



grandchamberyofficiel



grandchambery

DÉROGATION POUR LE TRANSPORT DES MINEURS SUR LE SERVICE SYNCHRO ACCESS'

À joindre au dossier de demande d'accès au service

Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

Domicilié(e) à :

.....

Représentant légal du mineur ou de la mineure :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

donne mon accord pour que mon enfant mineur
emprunte le service Synchro Access' de Grand Chambéry.

.....

J'ai bien noté que Synchro Access', qui est uniquement organisateur du transport, n'assume pas la prise en charge ou la surveillance de mon enfant mineur en dehors du transport effectif convenu.

A cet égard, j'ai conscience de ne pas transférer la garde de mon enfant au profit du transporteur dont l'unique mission est de conduire les passagers sains et saufs à leur destination.

Le transporteur ne pourra être tenu responsable de l'absence du mineur au lieu et horaire indiqué lors de la commande du transport.

Dans ces conditions, je décharge le transporteur et ses dirigeants de toute responsabilité concernant mon enfant.

En cas de besoin, je reste joignable par téléphone au

Le numéro de portable de mon enfant est le

Fait pour faire valoir ce que de droit, à, le :/...../.....

Signature de mon enfant (mineur)

Signature du représentant légal

GRAND CHAMBERY

Demande d'accès au service Synchro access'



grandchambery.fr



grandchambery



grandchambery



grandchamberyofficiel



grandchambery

CERTIFICAT MÉDICAL POUR L'ACCÈS AU SERVICE SYNCHRO ACCESS'

Ce certificat, rempli par votre médecin traitant, est destiné au médecin référent de la commission d'accès. **Il doit être mis sous pli cacheté dans une enveloppe portant la mention « CONFIDENTIEL ».**

Ce document n'est pas obligatoire pour les personnes titulaires d'une Carte Mobilité Inclusion Invalidité ou une carte d'invalidité supérieure ou égale à 80%.

IDENTITÉ DE LA PERSONNE :

Mme M. NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Adresse (N° et nom de rue) :
Code Postal : Ville :

1. NATURE DU HANDICAP

- Moteur, précisez :
.....
 Visuel, précisez :
.....
 Autre, précisez :
.....

2. DURÉE DU HANDICAP INVALIDANT

- Permanente Temporaire - Durée prévisionnelle :

3. NATURE DES DIFFICULTÉS RENDANT DIFFICILE OU IMPOSSIBLE L'UTILISATION DU BUS

- Ostéoarticulaires, précisez :
.....
 Neurologiques, précisez :
.....
 Cardiovasculaires, précisez :
.....
 Respiratoires, précisez :
.....
 Troubles de l'orientation et/ou de la mémoire, précisez :
.....

GRAND CHAMBERY

Certificat médical pour l'accès au service Synchro Access' - 1/3



grandchambery.fr



grandchambery



grandchambery



grandchamberyofficiel



grandchambery

- Troubles du comportement, précisez :
- Troubles de l'équilibre, précisez :
- Troubles visuels, précisez :
- Autre, précisez :

4. PÉRIMETRE DE MARCHÉ : mètres (environ)

5. STATION DEBOUT POSSIBLE PENDANT UN TEMPS LIMITÉ ?

- OUI, durée (approximative) :
- NON

6. FRANCHISSEMENT DE MARCHES POSSIBLE ?

- OUI, nombre de marches :
- NON

7. PROBLÈMES MÉDICAUX ASSOCIÉS :

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

8. APPAREILLAGE

- Fauteuil manuel Fauteuil électrique
- 1 canne 2 cannes
- Déambulateur
- Orthèses, type, adaptation :
- Prothèses, type, adaptation :

Autre appareillage permanent (exemples : dispositif respiratoire, sonde à demeure...) :

.....
.....

9. MODALITÉS DE TRANSPORT

La personne :

- peut être transportée en compagnie d'autres voyageurs OUI NON
- nécessite une aide pour monter ou descendre du véhicule OUI NON
- nécessite un accompagnateur en cours de transport (appareillage, trouble du comportement...) OUI NON

10. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES UTILES À L'ÉTUDE DU DOSSIER

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

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier.

NOM du médecin :

Fait à :, le/...../.....

Signature et cachet :