

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSPORT
VEHICULE POUR PERSONNES A MOBILITE REDUITE**

IDENTITE DU DEMANDEUR

Madame Monsieur

NOM.....

PRENOM.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL.....COMMUNE.....

TELEPHONE.....

ADRESSE MAIL.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....

CARTE D'INVALIDITE ¹ ou ATTESTATION DU MEDECIN

TAUX D'INVALIDITE.....

DATE DE DELIVRANCE.....

DATE D'EXPIRATION.....

NATURE DU HANDICAP :

Merci d'annexer au présent formulaire photocopie de votre carte d'invalidité¹

MOTEUR VISUEL

AUTRE (à préciser) :

.....

¹ Cochez la case correspondante

Document à renvoyer à :

La Régie des Transports de la communauté d'Agglomération du Puy-en-Velay

16, Place de la Libération

BP 50085

43003 LE PUY-EN-VELAY CEDEX

Merci de joindre :

- ***une copie de votre pièce d'identité***
- ***une copie de votre attestation de domicile***
- ***une copie de la carte d'invalidité ou de l'attestation du médecin***

Signature de l'intéressé (e)

Photo du demandeur