

SAISI SUR VIACITIS LE/...../..... N° IDENTIFIANT VIACITIS.....	DOSSIER COMPLET (--) INCOMPLET (--) DEMANDE DE TR TRANSMISE PJ LE .../.../...
--	--



Demande d'inscription au Service de transport spécialisé de Seine-Saint-Denis

RECU LE/...../.....

Afin de faciliter le traitement de votre demande, nous vous demandons de bien vouloir renseigner lisiblement les champs suivants et de compléter l'ensemble des rubriques vous concernant.

Pour toute demande d'information n'hésitez pas à contacter nos conseillers au 09 88 99 93 93 * ou 01 49 90 40 30

*N°CRISTAL, non surtaxé et facturé au prix de l'opérateur appelant.

VOTRE IDENTITE

Mme Melle Mr NOM :Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Adresse du domicile :
 Si résidence, n° chambre : Secteur / aile :
 Code postal : Ville :
 Le cas échéant, nom et coordonnées du responsable légal :
 Téléphone domicile : Téléphone portable : *
 Téléphone bureau :
 E-mail¹ :
 * Numéro sur lequel un SMS de confirmation de réservation, vous sera adressé.
 Cocher cette case si vous ne souhaitez pas recevoir de SMS

Motifs de déplacements habituels (plusieurs choix possibles) :

Travail Loisirs Autres

RECONNAISSANCE DU HANDICAP

Etes-vous titulaire d'une carte d'invalidité d'un taux supérieur ou égal à 80% ?

Oui Non
 Taux d'invalidité :
 Département de délivrance :
 Date limite de fin de validité de la carte d'invalidité :/...../.....

¹ Facultatif

Pour toute demande d'information n'hésitez pas à contacter nos conseillers au 09 88 99 93 93 * ou 01 49 90 40 30

*N°CRISTAL, non surtaxé et facturé au prix de l'opérateur appelant.

SAISI SUR VIACITIS LE/...../..... N° IDENTIFIANT VIACITIS.....	DOSSIER COMPLET (--) INCOMPLET (--) DEMANDE DE TR TRANSMISE PJ LE .../.../...
--	--

VOTRE SITUATION

- Handicap sensoriel auditif
- Handicap sensoriel visuel
- Déficience intellectuelle
- Handicap moteur
- Autre type de handicap :

En cas de déficience moteur, utilisez-vous ?

- Un fauteuil roulant manuel un fauteuil roulant électrique

Si possible précisez les dimensions :

- Un déambulateur une ou des canne(s)

Vous est-il possible d'effectuer un transfert du fauteuil roulant sur un siège de véhicule ? Oui Non

Nous attirons votre attention sur le fait que, pour être transporté, votre fauteuil roulant doit être en bon état de fonctionnement (poignées solides, roues gonflées, freins opérationnels...) et aimable en toute sécurité dans tous les véhicules.

ACCOMPAGNEMENT

Voyagez-vous obligatoirement avec un accompagnateur ? Oui Non

Voyagez-vous avec un chien accompagnateur ? Oui Non

En cas d'accompagnement obligatoire, merci de nous adresser un justificatif médical.

Pour toute demande d'information n'hésitez pas à contacter nos conseillers au 09 88 99 93 93 * ou 01 49 90 40 30

*N°CRISTAL, non surtaxé et facturé au prix de l'opérateur appelant.

SAISI SUR VIACITIS LE/...../..... N° IDENTIFIANT VIACITIS.....	DOSSIER COMPLET (--) INCOMPLET (--) DEMANDE DE TR TRANSMISE PJ LE .../.../...
--	--

MODALITES DE REGLEMENT DU SERVICE

Nous vous proposons de régler vos transports par :

- Par prélèvement bancaire automatique (dans ce cas, merci de compléter la demande d'autorisation de prélèvement, et de joindre un RIB)
- Par chèque ou mandat-postal directement envoyé par courrier à l'agence commerciale d'Aulnay Sous-Bois et à l'ordre du Trésor Public
- Directement à l'agence commerciale du service en espèces, chèque ou carte bancaire

Si vous disposez d'un tiers payant merci de préciser ses coordonnées :

.....

 TUTEUR/CURATEUR FOYER TRAVAIL Autre :

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Obligatoirement :

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Photocopie d'un justificatif de domicile

VOS LIEUX DE PRISE EN CHARGE ET DE DESTINATION

LIEU HABITUEL DE PRISE EN CHARGE
 -
SI DIFFERENT DU DOMICILE

Adresse :
 Ville : Code postal :
 Etage et/ou n° de porte : Code d'entrée :
 Ascenseur : oui non
 Problèmes particuliers liés à ce lieu :
 Repérage des lieux :
 Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?
 Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

**Pour toute demande d'information n'hésitez pas à contacter nos conseillers au
 09 88 99 93 93 * ou 01 49 90 40 30**

*N°CRISTAL, non surtaxé et facturé au prix de l'opérateur appelant.

SAISI SUR VIACITIS LE/...../..... N° IDENTIFIANT VIACITIS.....	DOSSIER COMPLET (--) INCOMPLET (--) DEMANDE DE TR TRANSMISE PJ LE .../.../...
--	--

LIEU DE DESTINATION 1

Adresse :.....
Ville :..... Code postal :.....
Etage et/ou n° de porte :..... Code d'entrée :.....
Ascenseur : oui non
Problèmes particuliers liés à ce lieu :.....
Repérage des lieux :.....
Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?

Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

LIEU DE DESTINATION 2

Adresse :.....
Ville :..... Code postal :.....
Etage et/ou n° de porte :..... Code d'entrée :.....
Ascenseur : oui non
Problèmes particuliers liés à ce lieu :.....
Repérage des lieux :.....
Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?

Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

LIEU DE DESTINATION 3

Adresse :.....
Ville :..... Code postal :.....
Etage et/ou n° de porte :..... Code d'entrée :.....
Ascenseur : oui non
Problèmes particuliers liés à ce lieu :.....
Repérage des lieux :.....
Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?

Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Je déclare avoir pris connaissance et approuvé les conditions d'utilisation du service.

Fait à :, le..... Signature

**Pour toute demande d'information n'hésitez pas à contacter nos conseillers au
09 88 99 93 93 * ou 01 49 90 40 30**

*N°CRISTAL, non surtaxé et facturé au prix de l'opérateur appelant.

SAISI SUR VIACITIS LE/...../..... N° IDENTIFIANT VIACITIS.....	DOSSIER COMPLET (--) INCOMPLET (--) DEMANDE DE TR TRANSMISE PJ LE .../.../...
--	--

DEPOSE CLIENT

A la demande des personnes légalement responsables de l'usager ou de l'usager lui-même, les conducteurs de PAM93 doivent le conduire, de porte à porte, depuis le lieu de sa prise en charge, jusqu'à sa destination.

La responsabilité vis-à-vis de l'usager nous échoit pendant toute la durée du trajet.

Certaines formes de handicaps ne nous permettent pas de laisser les usagers sans surveillance, et nous sommes dans l'obligation de les remettre à un parent, à un tuteur ou à un tiers se substituant aux personnes légalement responsables.

Il arrive également que lors d'un groupage, le conducteur ne puisse pas accompagner l'usager jusqu'à destination. En effet, les autres usagers ne doivent pas rester seuls dans le véhicule.

De ce fait, l'usager sortant doit être pris en charge par un parent, par un tuteur ou par un tiers se substituant aux personnes légalement responsables.

Nous demandons ainsi à tout parent ou à un tuteur légalement responsable de bien vouloir faire présenter au conducteur, l'autorisation préalablement signée par ses soins, lors de la sortie du véhicule par l'usager.

Celui-ci ne sera alors remis à un parent, à un tuteur ou à un tiers se substituant aux personnes légalement responsables après consultation par le conducteur d'une pièce d'identité et de l'autorisation.

Cette autorisation est nominative, et devra être remplie et signée pour chaque intervenant.

Cette attestation permettra également à certains parents de signaler que l'usager sera à même de se rendre seul jusqu'à chez lui, depuis le véhicule.

Nous prenons ces précautions afin d'éviter tout incident, et transporter ainsi nos usagers dans des conditions de sécurité optimale.

Je soussigné(e), Mr (), Mme () , parent et/ou tuteur légal de Mr (), Mme () :

Autorise Mr () ou Mme () agissant en qualité de à prendre en charge (Nom et Prénom de l'usager) à sa descente du véhicule PAM93.

Autorise (Nom et Prénom) à se rendre seul(e) depuis le véhicule PAM93 jusqu'à son domicile.

Ce qui sous-entend que l'usager (Nom et Prénom) Maitrise totalement l'accessibilité à son domicile (codes d'accès, clé, étage,)

Le : Fait à

Signature

Pour toute demande d'information n'hésitez pas à contacter nos conseillers au 09 88 99 93 93 * ou 01 49 90 40 30

*N°CRISTAL, non surtaxé et facturé au prix de l'opérateur appelant.

SAISI SUR VIACITIS LE/...../..... N° IDENTIFIANT VIACITIS.....	DOSSIER COMPLET (--) INCOMPLET (--) DEMANDE DE TR TRANSMISE PJ LE .../.../...
--	--

Merci de nous envoyer ce formulaire ainsi que les pièces justificatives à l'adresse suivante :

**FlexCité 93,
Service clientèle,
ZI Les Mardelles
26/36 rue Alfred Nobel
93600 Aulnay-sous-Bois**

Dès réception de votre dossier d'inscription par nos services, vous pourrez effectuer vos demandes de réservation après 1 délai de 8 jours ouvrés, si votre dossier est complet accompagné des pièces justificatives à jour des dates de validité à réception du dossier.

Vous recevrez également un courrier d'accusé de réception du dit dossier, sur lequel figurera votre identifiant, l'identité de la personne qui a traité votre dossier, et un rappel de la procédure de réservation.

FlexCité 93 dispose d'un système informatique destiné à traiter les informations concernant ses clients.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à organiser au mieux les transports à la demande de porte à porte que nous assurons dans le cadre d'une délégation de service public. Les destinataires des données sont le personnel de direction, le superviseur commercial, le superviseur opérationnel et les régulateurs.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service clientèle de FlexCité 93, ZI Les Mardelles, 26/36 rue Alfred Nobel - 93600 Aulnay-sous-Bois.

**Pour toute demande d'information n'hésitez pas à contacter nos conseillers au
09 88 99 93 93 * ou 01 49 90 40 30**

*N°CRISTAL, non surtaxé et facturé au prix de l'opérateur appelant.

SAISI SUR VIACITIS LE/...../..... N° IDENTIFIANT VIACITIS.....	DOSSIER COMPLET (--) INCOMPLET (--) DEMANDE DE TR TRANSMISE PJ LE .../.../...
--	---

DEMANDE DE TRANSPORTS REGULIERS

NOM : Prénom :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE :

TRAVAIL : OUI NON

FAUTEUIL ROULANT : OUI NON

FREQUENCE ET HORAIRES

A partir du : / /

Jusqu'au : / /

Indiquez ci-dessous l'heure de prise en charge :

		Heure de départ souhaité	Heure d'arrivée ou souhaitée	Horaires proposés
Lundi	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
Mardi	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
Mercredi	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
Judi	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
Vendredi	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
Samedi	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
Dimanche	Aller :		ou	
	Retour :		ou	

DESTINATION

Raison social :

Adresse :

Ville : Code postal :

Etage et/ou n° de porte : Code d'entrée :

Ascenseur : oui non

Problèmes particuliers liés à ce lieu :

Repérage des lieux :

Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

RESERVE AU SERVICE

Accord à compter du :

Client prévenu le :

**Pour toute demande d'information n'hésitez pas à contacter nos conseillers au
09 88 99 93 93 * ou 01 49 90 40 30**

*N°CRISTAL, non surtaxé et facturé au prix de l'opérateur appelant.