- COUPON D'ACCEPTATION DU RÈGLEMENT -
DU SERVICE DE TRANSPORT DES PERSONNES A MOBILITÉ RÉDUITE

☐ J'accepte les conditions générales du règlement du service de transport de personnes à mobilité réduite organisé par l'Association Mouvibus et renvoie mon accord signé, ci-dessous :

Pour l'organisateur :	**Pour l'utilisateur :**
NOM : MOUVIBUS **Adresse :** ZI N° 3 – 100 Rue Victor Hugo 16340 L'ISLE D'ESPAGNAC **Téléphone :** 05 45 95 74 22 **Mail :** mouvibus16.contact@gmail.com	**NOM/Prénom :** **Date de naissance :** **Adresse :** **Téléphone :** **Mail :**
Signature :	**Signature :**

mouvibus
La mobilité sur mesure

- FICHE D'INSCRIPTION -

VOUS		
NOM :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse complète :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Adresse mail :

Votre situation (merci de cocher la case correspondante) :

Mal marchant ☐ Cannes ☐

Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐

Isolement géographique ☐ Isolement économique ☐

Autres : (à préciser)_____

La personne transportée est-elle le payeur ? ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐

Si NON, merci de compléter les données suivantes :

NOM, Prénom :	Adresse :	Téléphone : Mail :

Envoi des factures (cocher 1 case) : ***Voie Postale*** ☐ ***Mail*** ☐

Utilisez-vous le réseau de transport public ? ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐

Si NON, vous êtes :

- éloigner géographiquement du réseau ? *Oui* ☐ *Non* ☐
- les tarifs proposés ne sont pas adaptés à votre situation ? *Oui* ☐ *Non* ☐
- les bus sont peu/non adaptés à votre situation ? (perte d'équilibre, pas de place assise aux heures d'affluence, ...) ? *Oui* ☐ *Non* ☐
- le temps de trajet est trop long ? *Oui* ☐ *Non* ☐
- la correspondance est compliquée ? *Oui* ☐ *Non* ☐
- Autres, à préciser : _____

Pourquoi choisir les services de transports organisés par Mouvibus ?

- Êtes-vous isolé socialement ? *Oui* ☐ *Non* ☐

- Vivez-vous seul à domicile ? *Oui* ☐ *Non* ☐

- Êtes-vous à mobilité réduite ? en situation de handicap ? *Oui* ☐ *Non* ☐

- Autres, à préciser : _____

Pour quelles raisons, souhaitez-vous utiliser les transports adaptés de porte à porte de Mouvibus ? (plusieurs choix possibles)

Santé (RDV médicaux) ☐ Soutien familial ☐

Commerces ☐ Vie citoyenne ☐

RDV Administratifs ☐ Activités de loisirs, culturelles ou sportives ☐

Autres à préciser : _____

Je soussigné(e), Madame _____,

Monsieur _____,

Déclare avoir,

- pris connaissance et accepter les conditions générales d'utilisation du service

- renseigné et signé la fiche d'inscription

- fait une copie de ma fiche d'imposition ou de non-imposition

Le ____ /____ /_____, à _____

Signature

En vous remerciant d'adresser ces 3 documents :

à : **MOUVIBUS**

ZI N° 3 – 100 Rue Victor Hugo

16340 L'ISLE d'ESPAGNAC

ou Mail : **mouvibus16.contact@gmail.com**