

Tél : **04.94.03.87.48**

Signature :  
Accord:

Joindre une photo d'identité

Date d'accréditation :

## **Demande d'accréditation** **pour le Transport de Personnes à Mobilité Réduite** **(P.M.R)**

### **Renseignements d'état civil:**

Monsieur

Madame

Mademoiselle

Nom: ..... Prénom: .....

Né(e) le: .....

Rue: .....

Code postal: ..... Ville: .....

Tél : ..... Portable: .....

### **Renseignements sur le handicap:**

- Fauteuil roulant non pliant
- Fauteuil roulant pliant
- Fauteuil roulant électrique
- Béquille, autres

Titulaire d'une carte d'invalidité:                      ~ OUI                      ~ NON

*(joindre 1 copie recto/verso de la carte d'invalidité)*

N° de la carte d'invalidité : .....

Taux d'invalidité : .....%                      ..

Type de handicap: .....

Déplacement avec accompagnateur:                      OUI                      NON

### **Renseignements divers:**

Personne à contacter en cas d'accident:

Nom: .....

Prénom: .....

Adresse: .....

Tél: .....

Portable: .....

*Je soussignée, certifie l'exactitude des informations indiquées.*

*Fait à:*

*Le: .....*

*Signature*

**A renvoyer à : 'R.M.T.T (Service T.P.M.R)'**

*Rue Octave Virgilly - 83100 Toulon*