

**DEMANDE D'ACCES AU SERVICE TRANSPORT  
DES PERSONNES A MOBILITE REDUITE  
(TPMR)**

Nom : ..... Prénom s : .....

Adresse : .....

.....

Date de naissance : ..... N° de téléphone : .....

Profession : .....

**1** Possédez-vous une carte d'invalidité COOREP ?  OUI\*  NON \*

✓ Si oui, à quel taux ?.....% et veuillez joindre une photocopie de votre carte d'invalidité à ce questionnaire.

**2** Vous déplacez-vous à l'aide d'un fauteuil roulant ?  OUI\*  NON \*

✓ Si oui, quelle est la nature de votre handicap : .....

**3** Souffrez-vous d'une maladie invalidante (Paraplégie, hémiplegie, sclérose en plaques, Myopathie, cécité) ?  OUI\*  NON \*

✓ Si oui, indiquez la nature ou la cause de cette maladie Invalidante.....

✓ Si non, décrivez en détail les difficultés que vous rencontrez lorsque vous vous déplacez

.....

\* Cochez la case qui correspond à votre situation

Merci de compléter le verso de ce questionnaire

✓ Vous aidez vous dans vos déplacements :

- D'une canne ?

OUI\*

NON \*

- de deux cannes

OUI\*

NON \*

- d'un déambulateur

OUI\*

NON \*

4 Utilisez-vous, actuellement, même de manière occasionnelle, le réseau d'autobus **TCRB** ?

OUI\*

NON \*

✓ **Si oui**, Possédez vous une carte de libre circulation sur le réseau d'autobus TCRB ?

OUI\*

NON \*

5) Si votre demande était acceptée, vos déplacements en minibus nécessiteraient-ils la présence d'un accompagnant ?

OUI\*

NON \*

Rempli le .....

A .....

Signature :

Questionnaire à retourner au :

TRANSPORT EN COMMUN DE LA REGION BOULONNAISE  
TCRB  
Service TPMR  
19 rue René Cassin - Résurgat 3 - 62230 OUTREAU

Téléphone Service TPMR :

0.810.874.051