

**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 <sup>1</sup> 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'invalidité<sup>1</sup>

MOTEUR  VISUEL

AUTRE (à préciser) : .....

.....

<sup>1</sup> 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