



# Demande d'inscription pour le service MOBITUL

## INFORMATIONS GENERALES

### USAGER :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville .....

Téléphone : ...../...../...../...../..... Date de Naissance : .....

Adresse mail : .....

Ligne(s) de bus à proximité du domicile : .....

Arrêt(s) de bus à proximité du domicile : .....

Condition d'accès au service :  plus de 80 ans  
 Taux d'incapacité ≥ 50%

### RESPONSABLE ADMINISTRATIF (à compléter si nécessaire) - envoi de courriers, factures ... :

TUTEUR, PRECISER (ASSOCIATION, AUTRE ...) : .....

FAMILLE, PRECISER LE LIEN : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville .....

TELEPHONE : ...../...../...../...../..... ADRESSE MAIL : .....

## DEMANDE DE TRANSPORT

Objet de la demande :  Travail  Scolaire  Autres (achats, loisirs)  
 Santé

## INFORMATIONS MEDICALES

Type de handicap :  Mental  Physique  Cognitif  Autre .....

Appareillage :  Oui, préciser .....  Non

Je certifie que l'ensemble des renseignements fournis est exact et m'engage à informer le Service MOBITUL de Laval Agglomération de tout nouvel élément et/ou modification de ma situation (changement d'adresse, de situation, d'aide technique : appareillage ...).

Date : ..... Signature : .....

Date de réception de la demande : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dossier complet :  OUI  NON

Si non, date à laquelle le dossier est retourné complet \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Acceptation de la demande :  OUI  NON

avec accompagnement  OUI  NON

Entrée dans le service: .....

Définitive  Temporaire jusqu'au .....

**Service Mobitul – RD LAVAL Agglomération**

63 Rue Henri Bâtard

53000 LAVAL

Tel : 02 43 64 17 02

Courriel : mobitul@ratpdev.com

**MobiTUL**