

OBJET : Demande d'inscription à Fil Blanc, le service public de transports collectifs dédié aux personnes à mobilité réduite du Syndicat des Mobilités de Touraine.

Madame, Monsieur,

Vous êtes titulaire d'une carte d'invalidité à 80% ou plus, et vous souhaitez utiliser le service Fil Blanc, en raison d'un handicap de type « moteur ou visuel » qui vous empêche d'emprunter le réseau urbain Fil Bleu.

Afin de vous proposer un service adapté à votre situation, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner le dossier ci-joint dûment rempli et accompagné des justificatifs demandés. Après analyse, une réponse vous sera apportée sous 15 jours.

Dès à présent, nous nous tenons à votre disposition pour toute information complémentaire. Le service Fil Blanc est à votre écoute au 02 47 77 48 48.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le service Fil Blanc

A noter : Les transports effectués dans le cadre du suivi d'une ALD (Affection Longue Durée) à destination des médecins, kinésithérapeutes ou centres de soins spécialisés, feront l'objet d'une prescription médicale de transport délivrée par votre médecin pour une prise en charge par votre Caisse Médicale (CPAM ou autre). Vous devrez avoir recours à un taxi conventionné. En aucun cas, nous ne pourrions effectuer ces transports.

Pour accéder au service Fil Blanc, la Carte Mobilité Inclusion **INVALIDITE** à 80% est obligatoire.

L'USAGER	
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M	Nom : _____ Prénom : _____
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Tél fixe :	Tél portable :
Adresse électronique :	
LE RESPONSABLE LEGAL ET / OU LA PERSONNE A CONTACTER	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Tél fixe :	Tél Portable :
LE TYPE DE HANDICAP :	
Votre handicap est de type : <input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Visuel	
VOUS VOUS DEPLACEZ LE PLUS SOUVENT AVEC :	
Un fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, ce fauteuil est : <input type="checkbox"/> manuel <input type="checkbox"/> pliable <input type="checkbox"/> non pliable <input type="checkbox"/> électrique
	Marque : _____ Modèle : _____
	=> Joindre le certificat d'homologation au transport du fauteuil sous la norme NF ISO 7176-19 (se rapprocher du constructeur si besoin).
Si votre fauteuil est pliable, pouvez-vous vous transférer seul(e) de votre fauteuil vers un siège de véhicule non adapté ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Des cannes anglaises ou un déambulateur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un chien d'assistance ou un chien guide ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres ? Précisez :	

Avez-vous des besoins spécifiques ? (joindre un courrier explicatif si nécessaire)

.....
.....
.....

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

1. Si vous vous déplacez en fauteuil roulant, ou que vous êtes non-voyant titulaire d'une carte « canne blanche », « cécité étoile verte » ou « besoin d'accompagnement cécité » :

- Copie recto verso de la carte d'invalidité ou Carte Mobilité Inclusion INVALIDITE
- Si fauteuil roulant, certificat d'homologation au transport du fauteuil sous la norme NF ISO 7176-19 (se rapprocher du constructeur si besoin).

2. Dans tous les autres cas :

- Copie recto verso de la carte d'invalidité ou Carte Mobilité Inclusion INVALIDITE
- Copie de la carte d'identité
- Certificat médical détaillé, précisant la nature de votre handicap moteur ou visuel, le mode de déplacement, les difficultés associées pour utiliser les transports en commun du réseau urbain et les points de vigilance éventuels pour notre personnel.

Dossier à compléter et à renvoyer, accompagné des pièces justificatives indiquées ci-dessus, par mail à service.clients@filblanc.fr ou par courrier à :

FIL BLANC / Keolis Tours Access, 10 rue des Granges Galand, 37 550 SAINT AVERTIN

Conformément à l'article 34 de la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez l'exercer en écrivant Fil Blanc, 10 rue des Granges Galand - 37550 ST-AVERTIN

Cadre réservé au service Fil Blanc

Demande reçue le : ___ / ___ / 20__

Carte d'invalidité – date limite de la carte d'invalidité : ___ / ___ / ___

FR Certificat d'homologation

Cécité

Autre Carte d'identité

Certificat médical - Nom du Médecin Expert : _____

Date de la visite: ___ / ___ / 20__

Avis Favorable Défavorable en date du : ___ / ___ / 20__

Motif :

Décision notifiée au demandeur le : ___ / ___ / 20__