

## DEMANDE DE CARTE SESAME

**Demande de dossier le :**

**Dossier envoyé le :**

**Dossier reçu le :**

**Avis de complétude le :**

**Passage en commission le :**

**Envoi de l'accusé de réception le :**

**Favorable**

**provisoire : jusqu'au  
permanent**

**Défavorable**

\*\*\*\*\*

**À REMPLIR OBLIGATOIREMENT (TOUTES RUBRIQUES). A DEFAUT, LE DOSSIER  
SERA REJETE A PRIORI**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....

.....

N° de Téléphone : .....

Profession : .....

Adresse de votre employeur :

.....

.....

Adresse de votre centre d'accueil/ ou établissement scolaire:

.....

.....

Etes-vous bénéficiaire de l'AHPA ? .....

Etes-vous bénéficiaire de la prestation de compensation ? .....

### **1. Autonomie de déplacement :**

1.1. Combien de mètres environ pouvez-vous parcourir seul : .....

Combien de mètres environ pouvez-vous parcourir avec aide : .....

1.2. Avez-vous une ou des cannes : .....

Avez-vous un fauteuil roulant : .....

Si oui, est-il manuel ou électrique : .....

Si oui, êtes-vous capable de passer du fauteuil roulant à un siège : .....  
Cas échéant, un autre appareillage :  
.....

1.3. Pouvez-vous monter une marche : .....  
.....  
Pouvez-vous monter un escalier :  
.....

1.4. Quel est l'arrêt de bus le plus proche de votre domicile? Quelle est la distance à parcourir ?  
Pouvez-vous vous y rendre seul(e) ?  
.....  
.....

1.5. Pouvez-vous supporter la station debout dans les transports en commun ?  
.....  
.....

2. S'agit-il d'un accident : .....  
Si oui, à quelle date : .....

3. Quels sont vos autres moyens de transport :  
.....  
.....  
.....

4. Quels sont vos besoins d'utilisation du transport SESAME : **Les Transports pour RDV médicaux ne sont pas autorisés**

4.1. Pour quel motif sollicitez-vous le transport spécial :  
**Travail :** .....  
**Loisirs et/ou autres déplacements :**  
.....

4.2. Combien de fois par semaine : .....  
**Travail :** .....  
**Loisirs et/ou autres déplacements :**  
.....

4.3. Avez-vous des contraintes horaires : .....  
**Travail :** .....  
.....

**Loisirs et/ou autres déplacements :**  
.....  
.....

**Les transports vers les établissements scolaires de l'Education nationale, ou conventionnés, centres d'accueil et structures spécialisés, sont soumis à conditions.**

**Si vous sollicitez un transport pour vous rendre dans un établissement de l'Education nationale, ou sous convention avec l'Education nationale, vous devez faire une demande de transport auprès du Conseil général, Direction des Transports, Mme SOLAZZO au 03.20.63.54.83**

**Si vous êtes scolarisé, travaillez, ou êtes accueilli dans un établissement spécialisé, veuillez vous rapprocher des services administratifs qui effectueront une demande de prise en charge rémunérée auprès du SIMOUV ou de son exploitant.**

Pièces à joindre à ce formulaire dûment rempli :

- **le certificat médical ci-joint** décrivant **en détail** le diagnostic du handicap (le certificat sera placé sous pli fermé. Il sera ouvert par un médecin et demeurera confidentiel). A défaut, une demande de complément d'information vous sera adressée par la Commission SESAME ;
- cas échéant copie de votre carte d'invalidité, étant précisé que la carte n'est pas suffisante pour l'octroi de la carte SESAME ;

*Si votre médecin souhaite des informations complémentaires, il peut se rapprocher du médecin conseil en lui écrivant à l'adresse ci-dessous indiquée.*

---

**Conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 :**

**« Les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives doivent être informées :**

- **du caractère obligatoire ou facultatif des réponses ;**
- **des conséquences à leur égard d'un défaut de réponse ;**
- **des personnes physiques ou morales destinataires des informations ;**
- **de l'existence d'un droit d'accès et de rectification.**

**Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, dont le SIMOUV est seul destinataire.**

A retourner à :  
SIMOUV  
Commission PMR  
ZI. 4 - BP. 12  
59880 SAINT SAULVE

A ....., le .....  
SIGNATURE