

**DOSSIER DE DEMANDE D'ACCES AU SERVICE DE
TRANSPORT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

1ère DEMANDE

RENOUELEMENT

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

NOM : PRÉNOM :

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

Adresse :

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

N° de Téléphone :/...../...../...../.....

Adresse mail :

CATEGORIE SOCIO PROFESIONNELLE :

Salarié En recherche d'emploi Stagiaire Bénévole en association Retraité

Autre

Précisez :

Adresse de votre employeur ou de votre centre d'accueil :

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

1. Quel est l'arrêt de bus le plus proche de votre domicile ?
2. Quelle est la distance à parcourir ? mètres
3. Pouvez-vous vous y rendre seul(e) ? OUI NON
4. Pouvez-vous supporter la station debout dans les transports en commun ? OUI NON

Quels sont vos autres moyens de transport :

Voiture personnelle Transport en commun Taxi Ambulance

Autre Précisez :

Quels sont vos besoins d'utilisation du transport SESAME : **Les Transports pour RDV médicaux pris en charge par la Sécurité Sociale ne sont pas autorisés**

1. Pour quel motif sollicitez-vous le transport SESAME :

Travail Déplacement Personnel

2. Combien de fois par semaine :

Travail : 1fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 fois 6 fois

Déplacement Personnel : 1fois 2 fois 3 fois

3. Avez-vous des contraintes horaires :

Travail : OUI Précisez : Aller h Retour : h NON

Déplacement Personnel : OUI NON

TOUTE DEMANDE POUR UN TRANSPORT SCOLAIRE DOIT ETRE EFFECTUEE AUPRES DU CONSEIL GENERAL DES HAUTS DE FRANCE A L'ADRESSE SUIVANTE :

Pour le transport des élèves et étudiants en situation de handicap :

Hôtel du Département du Nord
Direction de l'Accès à l'Autonomie
Transport des Élèves en situation de Handicap (TESH)
43 Rue Gustave Delory - 59047 Lille Cedex
Tél. 03 59 73 73 73
www.transportscolaire-handicap.lenord.fr

Pièces à joindre impérativement au présent formulaire :

- **Le certificat médical ci-joint** décrivant **en détail** le diagnostic du handicap (le certificat sera placé sous pli fermé. A défaut de ce document, une demande de complément d'information vous sera adressée) ;
- La photocopie recto-verso de la carte d'invalidité (si vous en êtes détenteur), **en cours de validité et en couleur** ;
- La photocopie recto-verso de votre pièce d'identité, **en cours de validité et en couleur** ;
- 1 justificatif de votre employeur de moins de 3 mois avec le nombre de jours ouvrés par semaine. **(Uniquement pour les personnes qui demandent des « Déplacements Professionnels »).**

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier, toute mention d'information erronée entraîne ma responsabilité.

Fait à le

Nom, prénom et signature du demandeur ou du tuteur (en cas de mise sous tutelle du demandeur) :

Le présent formulaire accompagné des pièces à joindre peut-être retourné :

- Soit directement au SIMOUV – Service de Transport des Personnes en Situation de Handicap - 540 rue du Président Lécuyer - 59880 SAINT-SAULVE (par voie postale ou dépôt en mains propres) ;
- Soit par courriel à l'adresse suivante : sesame@simouv.fr

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez vous rapprocher des services du SIMOUV :

Par écrit :

SIMOUV
Service de Transport des Personnes en Situation de Handicap
540 rue du Président Lécuyer
59880 SAINT-SAULVE

Par courriel : sesame@simouv.fr

Par téléphone : 03.27.45.21.25

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à étudier votre demande d'accès au service de transport des personnes en situation de handicap.

Les destinataires des données reprises dans le présent formulaire sont uniquement :

- Les agents du SIMOUV dûment habilités ;
- Les représentants du corps médical, tenus au secret professionnel, désignés par le SIMOUV.

La durée de conservation des données est d'une durée d'1 (un) an.

Conformément aux dispositions de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent et figurant dans le présent formulaire. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au SIMOUV (par courrier ou par courriel aux adresses mentionnées ci-dessus