

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

Madame, Monsieur,

Vous avez un problème de mobilité (handicap moteur ou visuel temporaire, jambe cassée...), suite par exemple à une opération ou un accident, qui vous empêche d'emprunter pendant quelques semaines les transports collectifs urbains Fil Bleu et vous souhaitez faire appel à Fil Blanc.

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 pourrons effectuer ces transports.**

# DEMANDE D'INSCRIPTION TEMPORAIRE

## L'USAGER

Mme  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 :  Moteur  Visuel

## VOUS VOUS DEPLACEZ LE PLUS SOUVENT AVEC :

Un fauteuil roulant :  Oui  Non

Si oui, ce fauteuil est :  manuel  pliable  non pliable  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 ?  Oui  Non

Des cannes anglaises ou un déambulateur ?  Oui  Non

Un chien d'assistance ou un chien guide ?  Oui  Non

Autres ? Précisez :

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

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

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Copie de la carte d'identité
- Certificat médical détaillé attestant :
  - o d'une part, d'une opération ou d'un accident, en précisant la nature du handicap moteur ou visuel temporaire, 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.
  - o et d'autre part, de la durée prévisionnelle de ce handicap temporaire (renouvelable)
- Si fauteuil roulant : certificat d'homologation au transport du fauteuil sous la norme NF ISO 7176-19 (se rapprocher du constructeur si besoin).

**Dossier à compléter et à renvoyer, accompagné des pièces justificatives indiquées ci-dessus, par mail à [service.clients@filblanc.fr](mailto: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\_\_