



# Le Transport à la Demande

dans la Communauté de Communes  
de Blaye

## État civil et coordonnées

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

ADRESSE : .....

N° ..... RUE OU LIEU-DIT : .....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

TÉLÉPHONE DOMICILE : ..... TÉLÉPHONE PORTABLE : .....

MAIL : .....

## Votre situation

☐ PERSONNE À MOBILITÉ RÉDUITE

EN FAUTEUIL ROULANT : ☐ OUI ☐ NON

☐ PERSONNE ÂGÉE DE + DE 75 ANS

☐ PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE

☐ PERSONNE SANS AUTONOMIE DE DÉPLACEMENT

☐ PERSONNE EN INVALIDITÉ TEMPORAIRE

Préciser la durée de l'incapacité : .....

☐ PERSONNE EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

☐ SANS EMPLOI OU EN INSERTION PROFESSIONNELLE

☐ MOINS DE 18 ANS\*

(hors trajets scolaires et si moins de 16 ans :  
accompagnement obligatoire).

☐ AUTRE PUBLIC

Préciser : .....

• Merci de bien vouloir préciser si la personne est en capacité de prendre des correspondances avec les lignes  
de CARS INTERURBAINES RÉGIONALES ou le TER :

☐ OUI ☐ NON

• Indiquer si la personne doit être accompagnée : ☐ OUI ☐ NON

si oui coordonnées de la personne accompagnante :

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TÉLÉPHONE : ..... MAIL : .....

• Si la personne est non voyante doit-elle être accompagnée de son chien : ☐ OUI ☐ NON

• Commentaire éventuel pour situation particulière :

\* Si moins de 18 ans joindre une autorisation parentale accordant au mineur  
le droit d'utiliser seul le transport de proximité.

IMPORTANT : pour les moins de 16 ans, accompagnement obligatoire.



## Déplacements souhaités

(plusieurs réponses possibles)

- |                                                     |                                                                                                           |                                                   |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RDV MÉDICAUX               | <input type="checkbox"/> MDS<br>(Maison Départementale de la Solidarité)                                  | <input type="checkbox"/> ASSOCIATIONS CARITATIVES |
| <input type="checkbox"/> CENTRES COMMERCIAUX        | <input type="checkbox"/> PÔLE EMPLOI                                                                      | <input type="checkbox"/> AUTRES : .....           |
| <input type="checkbox"/> MARCHÉS                    | <input type="checkbox"/> PÔLE SOLIDARITÉ                                                                  | .....                                             |
| <input type="checkbox"/> RABATTEMENT VERS GARES TER | <input type="checkbox"/> RABATTEMENT SUR POINTS<br>D'ARRÊT des lignes de CARS<br>INTERURBAINES RÉGIONALES | .....                                             |

## Pièces justificatives

À fournir DANS TOUS LES CAS :

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Une photo d'identité
- Photocopie d'un justificatif de domicile

À fournir pour vérifier l'OUVERTURE DES DROITS au TARIF SOLIDAIRE :

- Dernier avis d'imposition ou autre justificatif de ressources récent.

Et en fonction de votre situation joindre la copie de tout document justificatif permettant d'attester de votre situation particulière : invalidité, précarité, recherche d'emploi, autre...

**IMPORTANT :** le bénéfice du **tarif Solidaire** est valable 1 an. Chaque année, vous devrez donc obligatoirement renouveler votre demande (avec pièces justificatives à l'appui) pour confirmer qu'aucun changement susceptible de suspendre vos droits à l'attribution de la carte Solidaire n'est intervenu dans votre situation personnelle.

## Date et signature

### DOSSIER À RETOURNER À :

ESPACE FRANCE SERVICES  
32 rue des Maçons - BP 34  
33393 BLAYE CEDEX

Pour tout renseignement complémentaire  
vous pouvez contacter la CDC au : **05 57 42 82 72**

**Après avis de la Commission Locale d'Accessibilité, vous serez informé de la suite réservée à votre demande.  
Si votre dossier a été accepté vous recevrez à domicile votre carte d'ayant droit.**

ACCORD DE LA COMMISSION LOCALE D'ACCESSIBILITÉ :

☐ **OUI** ☐ **NON** MOTIFS DE REFUS : .....

PÉRIODE D'OUVERTURE DES DROITS : DU ..... / ..... / ..... AU ..... / ..... / .....

**ZONE RÉSERVÉE À LA CDC**

Avec le RGPD, la Région protège vos données ! Vos réponses à ce formulaire vont nous permettre d'instruire votre demande d'inscription. Les données transmises sont confidentielles et restent stockées sur nos serveurs sécurisés pendant toute la durée de l'abonnement. Vous pouvez exercer vos droits (vérifier vos données, les faire rectifier, éventuelle suppression...) en contactant la Déléguée à la Protection des Données de la Région à l'adresse [dpo@nouvelle-aquitaine.fr](mailto:dpo@nouvelle-aquitaine.fr) - ou par courrier postal. Pour plus d'informations sur la protection des Données, vous pouvez lire notre Politique de Confidentialité sur le lien <https://www.nouvelle-aquitaine.fr/politique-confidentialite.html>.



RÉGION  
**Nouvelle-Aquitaine**

La Région vous transporte