

VOTRE DEMANDE DE TRANSPORTS REGULIERS

Un transport régulier se reproduit toutes les semaines, les mêmes jours, à la même heure sur une durée supérieure à 2 mois. Ne pas remplir pour un transport occasionnel.

NOM : **Prénom :** **Date de la demande :**

Motif du déplacement : Travail Loisirs Santé (non pris en charge par l'assurance maladie)

Ce transport sera systématiquement suspendu les jours fériés. Merci de contacter le service 20 jours avant votre déplacement pour le maintenir. Merci également de contacter le service 20 jours avant le début de vos **vacances** et de bien préciser les dates de suspension de vos transports. Tout déplacement inutile **vous serait facturé le prix de la course ainsi qu'une pénalité correspondant au tarif d'un trajet en zone1.**

FREQUENCE ET HORAIRES A COMPTER DU : / / **JUSQU'AU :** / /

		Heure de début (Rendez-vous, Travail)	Heure de fin (Rendez-vous, Travail)
LUNDI	Aller :		ou
	Retour :		ou
MARDI	Aller :		ou
	Retour :		ou
MERCREDI	Aller :		ou
	Retour :		ou
JEUDI	Aller :		ou
	Retour :		ou
VENDREDI	Aller :		ou
	Retour :		ou
SAMEDI	Aller :		ou
	Retour :		ou
DIMANCHE	Aller :		ou
	Retour :		ou

LIEU DE PRISE EN CHARGE

Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Complément (bât.; résid.; **code interphone ; étage** ...) :
 Ascenseur : oui non Problèmes particuliers liés à ce lieu
 Repérage des lieux (en face de ; à côté de...) :
 ☎ portable :/...../...../...../..... ☎ dom :/...../...../...../..... ☎ bur :/...../...../...../.....

Quel temps estimez-vous nécessaire de prévoir pour vous accompagner au véhicule :mn

Une tierce personne peut-elle vous accueillir sur place ? si oui, veuillez nous indiquer :

- son nom / prénom:

- lien de parenté : Téléphone :/...../...../...../.....

DESTINATION

Adresse * :
 Code Postal : Ville :
 Complément (bât.; résid.; **code interphone ; étage** ...) :
 Ascenseur : oui non Problèmes particuliers liés à ce lieu
 Repérage des lieux (en face de ; à côté de...) :
 ☎ portable :/...../...../...../..... ☎ dom :/...../...../...../..... ☎ bur :/...../...../...../.....

*S'il s'agit d'un transport santé indiquer le nom du médecin, du kiné ou tout autre renseignement utile.

Quel temps estimez-vous nécessaire de prévoir pour vous accompagner hors du véhicule:.....mn

Une tierce personne peut-elle vous accueillir sur place ? si oui, veuillez nous indiquer :

- son nom / prénom:

- lien de parenté : Téléphone :/...../...../...../.....