

Demande d'inscription

pour le service MOBITUL

INFORMATIONS DE CONTACT

TOUS CHAMPS SUIVIS D'UN ASTERISQUE (*) SONT OBLIGATOIRES

<u>USAGER</u> :		
Nom * :	Prénom * :	
Adresse * :		
Code Postal :	Ville*:	
Téléphone*:///	Téléphone 2 :///	
Date de Naissance*:/	Adresse mail :	
Ligne(s) de bus à proximité du domicile :		
Arrêt(s) de bus à proximité du domicile :		
Condition d'accès au service * :		
□Vous êtes âgé(e) de 80 ans ou plus □Vous êtes titulaire de la Carte Mobilité Inclusio □Vous êtes titulaire de la Carte Mobilité Inclusio □Vous avez un taux d'incapacité égal ou supéri	n (CMI) Invalidité	
RESPONSABLE ADMINISTRATIF (à compléter uniqueme	nt pour les mineurs ou majeurs sous tute	lle ou curatelle)
☐ TUTEUR/CURATELLE, (ASSOCIATION, AUTRE):		
☐ FAMILLE, PRECISER LE LIEN :		
Nom :	Prénom :	
Adresse:		
Code Postal : Vill	e :	
Téléphone :	resse mail :	
DEMANDE DE TRANSPORT		
Objet de la demande : ☐ Travail ☐ Scolaire	e □ Autres (achats, loisirs)	□ Santé
INFORMATIONS SUR VOS BESOINS DE PRISE EN CHARGE		
Type de handicap : ☐ Mental ☐ Moteur ☐	☐ Cognitif ☐ Psychique ☐ Visuel	☐ Auditif
Appareillage/ aides à la mobilité : □ Fauteuil roula	nt/électrique □ Déambulateur/Canne/A	utre □ Non
Autonomie de prise en charge : ☐ Accompagnem	ent nécessaire □ Utilisation du service a	autonome
Appareillage ou accompagnement particulier : \Box	Support d'oxygène ☐ Chien guide	□ Non
Je certifie que l'ensemble des renseignements fournis e Agglomération de tout nouvel élément et/ou modification technique : appareillage phesoins de prise en charge		

Date : Signature :

Documents à joindre pour compléter le dossier

Pour tous les dossiers*: Une pièce d'identité Un justificatif de domicile de moins de 3 mois Pour les personnes ayant un taux d'incapacité compris entre 50% et 79% reconnu par la MDPH*: Une photocopie de la notification de décision délivrée par la MDPH reprenant le taux d'incapacité et la date de validité liée. Pour les détenteurs de la CMI « priorité » ou « invalidité » * : Une photocopie recto-verso de la carte mobilité inclusion incluant la mention « Priorité » ou « Invalidité » Si la démarche est effectuée pour une personne, mineure merci de transmettre <u>la pièce</u> d'identité de l'un des deux parents. * Si la démarche est effectuée pour un majeur sous tutelle ou curatelle, merci de transmettre la lettre de jugement de l'usager. * Les dossiers sont à transmettre par courrier ou par mail à ces adresses :

Service Mobitul – RD LAVAL Agglomération

63 Rue Henri Bâtard 53000 LAVAL

Tel: 02 43 64 17 02

Courriel: mobitul@ratpdev.com

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Laval Agglomération pour traiter votre demande d'inscription au service de transport de personnes à mobilité réduite (TPMR) MOBITUL. La base légale du traitement est l'exécution d'un contrat ou de mesures précontractuelles.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : RD LAVAL, GLEAM, Titi Floris.

Les données sont conservées en base active pendant dix-huit mois à compter de la fin du contrat ou du dernier contact.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données et exercer votre droit à la portabilité de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse mail suivante <u>dpo-rdlv@ratpdev.com</u> ou par courrier : 4 Quai de la Rapée – LAC LA 30 75012 PARIS

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.