

Centre Communal d'Action Sociale,

**DEMANDE D'INSCRIPTION ANNEE :**  
**POUR LE SERVICE DU TRANSPORT SOCIAL**  
**PAR LE MINIBUS**

DATE DE LA DEMANDE :  
AGE :

DATE DE PRISE EN CHARGE :  
DEROGATION ACCORDEE POUR :

MOTIFS :

- POUR LES SUPERMARCHES DE PAUILLAC

*Je soussigné(e),*

NOM/PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE :

*Atteste sur l'honneur être une personne à mobilité réduite, sans véhicule et/ou inapte à la conduite, et remplir les conditions d'éligibilité demandées pour bénéficier du transport social par le minibus.*

*Adulte handicapé, joindre votre carte d'invalidité.*

*Je m'engage à respecter les heures de prises en charge prévues par le chauffeur du minibus, et autorise celui-ci à prendre les dispositions nécessaires en cas d'urgence.*

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM/PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

LIEN DE PARENTE :

**MEDECIN TRAITANT**

NOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

*A Pauillac, le*  
*Signature*

*Merci de retourner cette feuille de renseignements pour votre inscription auprès du service du CCAS 1 quai Antoine Ferchaud BP 109 – 33250 PAUILLAC ou par mail : p.rey@mairie-pauillac.fr*