

A remplir par le
personnel
médical



Cadre réservé au personnel habilité

- Service refusé
- Service accordé pendant 5 ans
- Accès TAC'Accompagné accordé
Jusqu'au/..... /.....

BILAN MEDICAL ET FONCTIONNEL D'AUTONOMIE

L'accès au service Transport à la demande PMR est réservé aux personnes à mobilité réduite qui sont dans l'impossibilité de prendre les transports collectifs traditionnels TAC.

1. Identité de la personne

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

Tél : _____

Adresse mail : _____

Adresse du domicile : _____

Référent éventuel à contacter :

Nom : _____

Prénom : _____

Tél : _____

Adresse mail : _____

Lien avec le demandeur : _____

Dans le cadre d'un accueil en établissement médicosocial :

Nom de l'établissement : _____

Tél : _____

Adresse : _____

Document confidentiel, transmis sous pli cacheté



2. TAC'Accompagné* :

*TAC'Accompagné s'adresse aux accompagnateurs désignés pour assister un bénéficiaire n'ayant pas de CMI avec la mention « Besoin d'accompagnement ». La carte TAC'Accompagné fait office de titre de transport et est établie à votre nom et prénom.

O oui

O non

3. Accompagnateur non-obligatoire :

O oui

O non

7. Troubles comportementaux

- Incapacité à s'orienter dans l'espace et dans le temps
O oui O non O ne sais pas
- Agitation
O oui O non O ne sais pas

8. Informations complémentaires (utiles à l'étude du dossier)

Suivi médical du demandeur assuré depuis : _____
(Date ou nombre d'années)

Prescription médicamenteuse actuelle :

Je soussigné(e), _____, certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature et cachet du médecin