

## DEMANDE D'INSCRIPTION AU SERVICE « LIBERTIS »

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire avec soin et de le retourner à :  
SPLETPSMAP-SPL STAP – Service LIBERTIS - Avenue LARRIBAU – B.P. 9115 64051 PAU cedex 9

M. /Mme/ Mlle.....Prénom .....Né(e) le.....  
(NOM)

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

N° ☎ (obligatoire) : Domicile : ..... Mobile :.....

Adresse e-mail : .....@.....

Autre (personne à joindre si nécessaire) .....

Etes-vous : Ecolier, lycéen  Etudiant  Retraité

Exercez-vous une activité professionnelle ? Si oui laquelle .....

Nom et adresse employeur .....

Autre  Préciser :.....

• Quel(s) type(s) de déplacement effectueriez-vous avec LIBERTIS ?

Médecin  Enseignement  Travail

Loisir  veuillez préciser : .....

• Possédez-vous une carte d'invalidité? oui  non

Orange  Barre verte SDP  Orange cécité étoile verte  A quel taux ..... %

N° de votre carte..... Validité du .....au .....

(Veuillez joindre une photocopie recto/verso de celle-ci)

- Vous déplacez-vous en fauteuil roulant manuel? Toujours  Occasionnellement  non
- Vous déplacez-vous en fauteuil roulant électrique? Toujours  Occasionnellement  non

- Si oui : quelle est la nature de votre handicap .....

- Souffrez-vous d'une maladie invalidante et/ou d'un handicap de type : paraplégie, hémiplégié, tétraplégié, cécité... ? oui  non

- Si oui, indiquez la nature ou la cause de cette invalidité **dans le certificat médical ci-joint.**

- Décrivez dans les détails les difficultés que vous rencontrez lorsque vous vous déplacez :

.....  
.....

- Ces troubles vous empêchent-ils :

- de vous repérer sur les lignes de bus et plus largement, dans la ville (lire un panneau indicateur, une grille horaire, etc...) oui  non

- de monter dans un bus oui  non

- de monter deux ou trois marches oui  non

- La station debout vous est-elle : possible  pénible  impossible

- Vous aidez-vous dans vos déplacements :

d'une canne  de deux cannes  d'un déambulateur

- Utilisez-vous, actuellement, **même de manière occasionnelle** le réseau d'autobus IDELIS (*hors LIBERTIS*) oui  non

- Possédez-vous une carte d'abonnement ou de libre circulation sur le réseau d'autobus IDELIS oui  non

- Si oui quel est son numéro .....

- Conduisez-vous, **même de manière occasionnelle**, votre automobile oui  non

- Si votre demande était acceptée, vos déplacements en minibus nécessiteraient-ils la présence d'un accompagnateur personnel  oui  non

**Pièces à joindre :**

- le certificat médical ci-joint établi par votre médecin traitant ou médecin spécialiste selon le cas
- une photocopie de la carte d'invalidité recto/verso (taux d'invalidité égal au moins à 80 %)
- une photocopie de votre pièce d'identité recto/verso
- un justificatif de domicile
- une photo d'identité récente

Fait à ..... le .....

Signature,

IMPORTANT : les rubriques du questionnaire doivent être remplies en toute bonne foi. Si certaines réponses s'avéraient être contraires à la réalité, l'accès au service LIBERTIS pourrait être suspendu.

---

**CADRE RESERVE A LA COMMISSION D'ACCES LIBERTIS**

Réunion de la Commission d'Accès Libertis du : /...../...../...../

- AVIS FAVORABLE Admission prononcée à titre :  Définitif avec réactualisation annuelle  
 Provisoire, soit jusqu'au ..... inclus

AVIS DEFAVORABLE