

<b>RESERVE AU SERVICE</b>	
SAISI SUR VIACITIS LE ...../...../..... N° IDENTIFIANT VIACITIS.....	DOSSIER COMPLET (--) INCOMPLET (--) DEMANDE DE TR TRANSMISE PJ LE .../.../...

**Demande d'inscription au Service de transport spécialisé de Seine-Saint-Denis – Pam 93**

Afin de faciliter le traitement de votre demande, nous vous demandons de bien vouloir renseigner lisiblement les champs suivants et de compléter l'ensemble des rubriques vous concernant.

**Pour toute demande d'information n'hésitez pas à contacter nos conseillers au 09 88 99 93 93 \* ou 01 49 90 40 30**

\*N°CRISTAL, non surtaxé et facturé au prix de l'opérateur appelant.

**VOTRE IDENTITE**

Mme  M. NOM : .....Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse du domicile : .....  
Si résidence, n° chambre : ..... Secteur / aile : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Le cas échéant, nom et coordonnées du responsable légal :  
.....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone portable\* : .....  
Téléphone bureau : .....  
E-mail : .....

\* Numéro sur lequel un SMS de confirmation de réservation, vous sera adressé

Cocher cette case si vous ne souhaitez pas recevoir de SMS

**Souhaitez-vous recevoir votre facture par mail :**

OUI indiquez votre e.mail : .....  NON

**Motifs de déplacements habituels (plusieurs choix possibles) :**

Travail  Loisirs  Médical

---

---

**RECONNAISSANCE DU HANDICAP**

---

**Etes-vous titulaire d'une carte d'invalidité d'un taux supérieur ou égal à 80% ou d'une Carte Mobilité Inclusion (CMI), mention Invalidité ?**

Oui                       Non

Département de délivrance : .....

Date limite de fin de validité de la carte d'invalidité : ...../...../.....

**Etes-vous titulaire d'une carte de stationnement pour handicapés du Ministère de la Défense?**

Oui                       Non

Date limite de fin de validité de la carte : ...../...../.....

---

---

**VOTRE SITUATION**

---

Handicap sensoriel auditif

Handicap sensoriel visuel

Déficience intellectuelle

Handicap moteur

Autre type de handicap :

.....

En cas de déficience moteur, utilisez-vous ?

Un fauteuil roulant manuel  un fauteuil roulant électrique

Si possible précisez les dimensions :

Un déambulateur  une ou des canne(s)

Vous est-il possible d'effectuer un transfert du fauteuil roulant sur un siège de véhicule ?  Oui  Non

*Nous attirons votre attention sur le fait que, pour être transporté, votre fauteuil roulant doit être en bon état de fonctionnement (poignées solides, roues gonflées, freins opérationnels...) et qu'il soit homologué pour l'arrimer en toute sécurité dans tous les véhicules.*

---

## ACCOMPAGNEMENT

---

**Voyagez-vous obligatoirement avec un accompagnateur ?**

Oui  Non

**Voyagez-vous avec un chien accompagnateur ?**

Oui  Non

***En cas d'accompagnement obligatoire, merci de nous adresser un justificatif médical.***

---

### MODALITES DE REGLEMENT DU SERVICE

---

Nous vous proposons de régler vos transports par :

Par prélèvement bancaire automatique : dans ce cas, merci de joindre un RIB. En retour nous vous enverrons la demande d'autorisation de prélèvement à signer et à nous retourner.

Par virement bancaire

Par chèque à l'ordre de FlexCité93

Par un tiers payeur

Si vous disposez d'un tiers payant merci de préciser ses coordonnées :

.....  
.....

TUTEUR/CURATEUR     FOYER     TRAVAIL     Autre :

.....

---

### LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

---

**Obligatoirement :**

Photocopie d'une pièce d'identité

Photocopie de la carte d'invalidité, de la CMI ou de la carte de stationnement

Photocopie d'un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois

**VOS LIEUX DE PRISE EN CHARGE ET DE DESTINATION**

**LIEU HABITUEL DE PRISE EN CHARGE –  
SI DIFFERENT DU DOMICILE**

Adresse : .....  
Ville : .....  
Code Postal : .....  
Etage et/ou n° de porte : .....  
Code d'entrée : .....  
Ascenseur :  oui  non  
Problèmes particuliers liés à ce lieu : .....  
Repérage des lieux : .....  
Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?  
.....  
.....  
.....  
Tél : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ .....

**LIEU DE DESTINATION 1**

Adresse : .....  
Ville : .....  
Code Postal : .....  
Etage et/ou n° de porte : .....  
Code d'entrée : .....  
Ascenseur :  oui  non  
Problèmes particuliers liés à ce lieu : .....  
Repérage des lieux : .....  
Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?  
.....  
.....  
.....  
Tél : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ .....

**LIEU DE DESTINATION 2**

Adresse : .....

Ville : .....

Code Postal : .....

Etage et/ou n° de porte : .....

Code d'entrée : .....

Ascenseur :  oui  non

Problèmes particuliers liés à ce lieu : .....

Repérage des lieux : .....

Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?

.....

.....

.....

Tél : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

**LIEU DE DESTINATION 3**

Adresse : .....

Ville : .....

Code Postal : .....

Etage et/ou n° de porte : .....

Code d'entrée : .....

Ascenseur :  oui  non

Problèmes particuliers liés à ce lieu : .....

Repérage des lieux : .....

Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?

.....

.....

.....

Tél : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Je déclare avoir pris connaissance et approuve le règlement du service Pam 93.

Fait à : ....., le..... Signature

---

## DEPOSE USAGER

---

A la demande des personnes légalement responsables de l'usager ou de l'usager lui-même, les conducteurs de PAM93 doivent le conduire, d'adresse à adresse, depuis le lieu de sa prise en charge, jusqu'à sa destination.

La responsabilité vis-à-vis de l'usager nous échoit pendant toute la durée du trajet.

Certaines formes de handicaps ne nous permettent pas de laisser les usagers sans surveillance, et nous sommes dans l'obligation de les remettre à un parent, à un tuteur ou à un tiers se substituant aux personnes légalement responsables.

Il arrive également que lors d'un groupage, le conducteur ne puisse pas accompagner l'usager jusqu'à l'adresse de destination. En effet, les autres usagers ne doivent pas rester seuls dans le véhicule.

De ce fait, l'usager sortant doit être pris en charge par un parent, par un tuteur ou par un tiers se substituant aux personnes légalement responsables.

Nous demandons ainsi à tout parent ou à un tuteur légalement responsable de bien vouloir se présenter au conducteur, l'autorisation préalablement signée par ses soins, lors de la sortie du véhicule par l'usager.

Celui-ci ne sera alors remis à un parent, à un tuteur ou à un tiers se substituant aux personnes légalement responsables après consultation par le conducteur d'une pièce d'identité et de l'autorisation.

Cette autorisation est nominative, et devra être remplie et signée pour chaque intervenant.

Cette attestation permettra également à certains parents de signaler que l'usager sera à même de se rendre seul jusqu'à chez lui, depuis le véhicule.

Nous prenons ces précautions afin d'éviter tout incident, et transporter ainsi nos usagers dans des conditions de sécurité optimale.

Je soussigné(e), M. , Mme .....  
parent et/ou tuteur légal de M  Mme  .....

Autorise M.  ou Mme  .....  
agissant en qualité de ..... à prendre en charge  
(*Nom et Prénom de l'utilisateur*)  
..... à sa descente du  
véhicule Pam 93.

Autorise (*Nom et Prénom*)  
..... à se rendre seul(e) depuis  
le véhicule Pam 93 jusqu'à son domicile.

Ce qui sous-entend que l'utilisateur (*Nom et Prénom*)  
..... Maitrise totalement  
l'accessibilité à son domicile (codes d'accès, clé, étage, ....)

Le : ..... Fait à .....

Signature

Merci de nous envoyer ce formulaire ainsi que les pièces  
justificatives à l'adresse suivante :

**FlexCité 93**  
**Service clientèle**  
**ZI Les Mardelles**  
**26/36, rue Alfred Nobel**  
**93600 Aulnay-sous-Bois**  
Ou par mail : **[contact@pam93.info](mailto:contact@pam93.info)**



Dès réception de votre dossier d'inscription par nos services, vous pourrez effectuer vos demandes de réservation après un délai de 7 jours ouvrés, si votre dossier est complet accompagné des pièces justificatives à jour des dates de validité à réception du dossier.

Vous recevrez également un courrier d'accusé de réception du dit dossier, sur lequel figurera votre identifiant, l'identité de la personne qui a traité votre dossier et un rappel de la procédure de réservation.

FlexCité 93 dispose d'un système informatique destiné à traiter les informations concernant ses clients. Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à organiser au mieux les transports à la demande de porte à porte que nous assurons dans le cadre d'une délégation de service public. Les destinataires des données sont le personnel de direction, le superviseur commercial, le superviseur opérationnel et les régulateurs.

Conformément à la loi RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au service clientèle de FlexCité 93, ZI Les Mardelles, 26/36, rue Alfred Nobel - 93600 Aulnay-sous-Bois.



---

**DEMANDE DE TRANSPORTS REGULIERS SUITE**

---

**DESTINATION**

Raison social : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Etage et/ou n° de porte : .....

Code d'entrée : ..... Ascenseur :  oui  non

Problèmes particuliers liés à ce lieu : .....

Repérage des lieux : .....

Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?

.....

.....

.....

Tél : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

**RESERVE AU SERVICE**

Accord à compter du :

Client prévenu le :