





- Le dépôt d'une demande de service de Transport adapté ne garantit pas mon acceptation en tant qu'utilisateur ou utilisatrice de ce service.
- La disponibilité du service de Transport adapté à un moment ou à un endroit donné est assujettie aux demandes de service. Je comprends que même si ma demande visant à bénéficier du service de Transport adapté est acceptée, le simple fait de faire une demande de transport adapté n'en garantit pas la disponibilité à l'heure et au lieu demandés. Si je déménage ou si mon état de santé change, j'aviserai Transport en commun Fredericton de ces changements. Je sais que ces changements peuvent avoir une incidence sur le service que Transport adapté pourrait mettre à ma disposition.
- Si je ne suis pas admissible au service de Transport adapté, je crois savoir que je peux utiliser le service d'itinéraires fixes proposé par Transport en commun Fredericton et, dans la mesure du possible, et que des mesures d'adaptation raisonnables me seront fournies sur demande.
- Je comprends que les renseignements fournis dans le présent formulaire le sont en vue de déterminer mon admissibilité au transport adapté et qu'une fois le formulaire soumis à Transport en commun Fredericton, son contenu ne sera ni divulgué ni communiqué à l'interne à toutes autres fins.

Je certifie que les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et exacts. J'autorise ici Transport en commun Fredericton à déterminer mon admissibilité au transport adapté et, au besoin, à consulter la personne désignée comme professionnel de la santé ou à demander des renseignements complémentaires. De plus, j'autorise ce professionnel de la santé à divulguer ces renseignements au gestionnaire, Division du transport en commun de Fredericton, dans le seul but de déterminer mon admissibilité au transport adapté.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

---

**Pensez à informer la Division du transport en commun si votre situation venait à évoluer.**

---

Veillez retourner les parties A et B du formulaire dûment remplies par courriel ou par la poste à l'adresse suivante :

Ville de Fredericton  
Division du transport en commun  
470, rue St. Marys  
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3A 8H5  
téléphone : 460-2212 courriel : [transit@fredericton.ca](mailto:transit@fredericton.ca)

**Réservé à l'usage interne**

**PARTIE B : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

**Confidentiel**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE DEMANDEUR

Le présent formulaire a pour objet de recueillir suffisamment de renseignements sur le demandeur pour que Transport en commun Fredericton puisse évaluer l'admissibilité de cette personne au transport adapté et/ou de déterminer les mesures d'adaptation qui pourraient être prises.

Ce formulaire **doit être** rempli par un fournisseur de soins de santé **qualifié** qui connaît bien l'état du demandeur (p. ex., un médecin, une infirmière praticienne, une infirmière autorisée, un ergothérapeute, un physiothérapeute, un ludothérapeute, un psychologue ou un psychiatre).

Tous les frais associés à la rédaction de ce formulaire sont à la charge du demandeur. **Écrire en lettres moulées.**

Nom du demandeur :

\_\_\_\_\_

(Prénom)

\_\_\_\_\_

(Nom de famille)

\_\_\_\_\_

(Initiales)

**AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS**

Je \_\_\_\_\_, autorise par la présente \_\_\_\_\_  
(Nom du demandeur) (Nom du professionnel de la partie B)

à communiquer à la Division du transport en commun de la Ville de Fredericton des renseignements concernant ma mobilité et/ou mon incapacité d'utiliser le transport en commun conventionnel, un élément requis pour établir mon admissibilité à titre d'utilisateur du service de Transport adapté.

Signature : \_\_\_\_\_  
(Signature du demandeur)

Signature : \_\_\_\_\_  
(Signature d'un membre autorisé, si le demandeur est incapable de signer)

## QUESTIONNAIRE

1. Le demandeur a :  des limitations physiques  des limitations cognitives ou mentales

S'il s'agit de limitations physiques, le demandeur : (cochez toutes les cases qui conviennent)

- est incapable de marcher;
- est incapable de marcher moins de 175 m à l'extérieur sans l'utilisation d'un appareil d'aide à la mobilité;
- est capable de marcher 175 m à l'extérieur avec l'utilisation d'un appareil d'aide à la mobilité;
- est capable de marcher sans aide;
- est incapable de monter ou descendre des marches de 35 cm;
- est incapable de monter ou descendre des marches de 35 cm;
- est incapable de se tenir debout;
- est incapable de rester sans aide;
- est incapable de pivoter sur une jambe ou de tourner;
- perd l'équilibre;
- autre :

S'il s'agit de limitations cognitives ou mentales, le demandeur : (cochez toutes les cases qui conviennent)

- est incapable de monter dans l'autobus ou d'en descendre sans aide;
- est incapable de comprendre, de communiquer ou d'avoir des échanges avec quelqu'un;
- est facilement désorienté;
- est agressif ou devient facilement agressif;
- est facilement stressé ou anxieux;
- autre :

2. L'invalidité du demandeur est décrite comme :

- Légère  Modérée  Sévère
- Temporaire – Durée prévue \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AAAA MM JJ
- Permanente (peu susceptible de changer dans la vie de cette personne)

3. Le demandeur a besoin d'un appareil de mobilité  Oui  Non

Dans l'affirmative, de quels appareils de mobilité a-t-il besoin? (cochez toutes les cases qui conviennent)

- Canne  Réservoirs d'oxygène
- Déambulateur  Béquilles
- Fauteuil roulant manuel  Appareil orthopédique
- Fauteuil roulant électrique  Ordinaire  Bariatrique
- Scooter médical (doit être muni de dispositifs d'immobilisation adéquats)

4. Le demandeur a-t-il besoin d'aide à l'extérieur?  Oui  Non

Si oui, quel type d'aide? (cochez toutes les cases qui conviennent)

- Aidant  Animal d'assistance  
 Préposé aux soins personnels\*

\*(Remarque : un préposé aux soins personnels est un fournisseur de soins qui est **tenu de toujours accompagner** le demandeur et qui peut prouver sa fonction à bord des véhicules de Transport adapté)

### CERTIFICATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Nom du professionnel : \_\_\_\_\_

Titre du professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse :

Téléphone : Poste \_\_\_\_\_ Fax :

Adresse courriel :

Je comprends que la Division du transport en commun de Fredericton se réserve le droit de me contacter pour clarifier les renseignements fournis ou pour demander des compléments d'information en ce qui a trait à la demande. Je certifie par la présente que les renseignements ci-dessus sont véridiques et que j'ai personnellement rempli toute la partie B. De plus, je déclare sur l'honneur que les renseignements communiqués par moi sont, à ma connaissance, rigoureusement exacts.

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel de la santé

\_\_\_\_\_  
Date

Form No.:	MOB-FRM-060F	Issue No.:	1.1
Service:	Para Transit	Issue Date:	19/08/28
Sub-Service:	N/A	©	May 25, 2001
Printed On:	mai 26, 2021		