

## INSCRIPTION – TRANSPORT ADAPTÉ



Transport adapté est un service d'autobus à la demande financé par la Ville de Fredericton et exploité par la Division du transport en commun. Écrire en lettres moulées.

1. Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de famille                      Prénom                      Initiale

Adresse : \_\_\_\_\_  
Rue    N° d'appartement

\_\_\_\_\_ Ville    Code postal

Téléphone : domicile \_\_\_\_\_ cellulaire \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

2. Quelle est la nature de votre handicap? Comment les limites à votre mobilité vous empêchent-elles d'utiliser le transport en commun ordinaire?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre handicap est-il... temporaire? \_\_\_\_\_ permanent? \_\_\_\_\_

S'il est temporaire, quelle en sera la durée approximative? \_\_\_\_\_

Utilisez-vous une aide à la mobilité : fauteuil roulant (manuel/électrique), canne, béquilles, déambulateur, scooter médical, oxygène, animal d'assistance ou autre?  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, précisez le genre d'aide : \_\_\_\_\_

Le transfert entre véhicules peut-il se faire confortablement? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Avez-vous besoin que quelqu'un vous accompagne? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

3. Vous devez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone d'un professionnel de la santé ou organisme de services sociaux ou d'un travailleur médical ou paramédical qui peut appuyer votre demande de transport adapté.

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

4. J'autorise par la présente Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick à déterminer mon admissibilité au transport adapté et, s'il y lieu, à consulter la personne indiquée comme référence ou à demander des renseignements supplémentaires. De plus, j'autorise la communication de ces renseignements au gestionnaire, Division du transport en commun de Fredericton, dans le seul but de déterminer mon admissibilité au transport adapté.

Signature : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

5. Personne à contacter en cas d'urgence (nom et numéro de téléphone) :

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : domicile \_\_\_\_\_ cellulaire \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_

---

---

**\*\* N'oubliez pas d'aviser la Division du transport en commun si le nom de la personne à contacter en cas d'urgence change. \*\***

---

---

Retourner ce formulaire par fax ou par la poste à :

Ville de Fredericton  
Division du transport en commun  
470, rue St. Marys  
Fredericton, NB E3A 8H5  
Téléphone : 460-2212  
Courriel : transit@fredericton.ca

---

---

Réservé à l'usage interne

Approuvé? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Date d'approbation : \_\_\_\_\_ Approuvé par : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

Form No.:	MOB-FRM-060	Issue No.:	1.5
Service:	Para Transit	Issue Date:	15/12/09
Sub-Service:	N/A	©	May 25, 2001
Printed On:	August 28, 2019		