

DEMANDE D'ACCES AU SERVICE FLEXI PMR

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : NOM : Prénom :

Atteste sur l'honneur :

- Que mes déplacements dans un transport collectif ne font pas l'objet de contre-indications,
- Ne pas faire appel au service flexi PMR pour des déplacements d'ordinaire pris en charge par une caisse d'assurance maladie,
- Ne pas faire appel au service flexi PMR pour des déplacements vers des établissements médicaux, sociaux et médico-sociaux, relevant de la compétence desdits établissements.
- Ne pas nécessiter l'assistance d'une tierce personne lors de mes déplacements en transports collectifs *,
- Avoir l'obligation d'assistance d'une tierce personne lors de mes déplacements en transports collectifs *,
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur.

*Cocher la case correspondante

Fait à, le

Signature du demandeur :