



03 84 43 22 80

FICHE DE PRESCRIPTION MOBILITÉ

TRANSPORT D'UTILITE SOCIALE

Fiche à renvoyer avant le début de l'action à l'adresse
mobilite.air39@orange.fr

PRÉSCRIPTEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Structure, Collectivité : _____

Tél : _____ Mail : _____

BÉNÉFICIAIRE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de Naissance : _____

Adresse : _____ ☐ QPV

Code Postal : _____ Ville : _____ ☐ ZRR

Tél : _____ Mail : _____

☐ Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

Situation administrative :

- ☐ CDI ou CDD +6 mois ☐ CDD -6 mois ☐ Intérim ☐ Formation ☐ Stage
- ☐ Inscription Pôle Emploi Depuis le : _____
- ☐ RSA ☐ ASS ☐ AAH ☐ ARE ☐ ADA
- ☐ Retraite
- ☐ Autre (précisez) :

Motif du trajet :

- ☐ RDV médical ☐ RDV administratif ☐ Entretien ☐ Stage occasionnel ☐ Formation
- ☐ Lien Familial ☐ Lien Familial ☐ Autre

Précisez la problématique mobilité rencontrée :

.....

.....

.....

L'accompagnement d'un conseiller mobilité est-il souhaité ? ☐ Oui ☐ Non

Date du trajet souhaité :

Adresse exacte Départ :

Adresse exacte Arrivée :

Horaire arrivée souhaité :

Horaire de retour (ou temps de RDV estimé) :

Signature et Tampon :