



Demande en obtention ou de renouvellement d'une carte d'accès au service de transport pour personnes à mobilité réduite

à envoyer au : Ministère du Développement durable et des Infrastructures
Département des transports
Direction des transports publics
L-2938 Luxembourg

Critères d'obtention : Explications générales

Le transport est destiné aux personnes en situation de **handicap permanent** et qui ont de ce fait une mobilité réduite telle qu'elles n'ont pas la possibilité de se déplacer de manière indépendante, ni par leurs propres moyens (voiture), ni par les transports publics existants. Le transport peut être utilisé pour des déplacements **occasionnels**.

Sont susceptibles d'obtenir une carte d'accès :

- * Les citoyens à mobilité réduite devant se déplacer en fauteuil roulant, rolator ou cadre de marche ;
- * Les citoyens aveugles ou très malvoyants ;
- * Les citoyens présentant une insuffisance respiratoire avec nécessité d'oxygène en permanence ou à domicile ;
- * Les citoyens présentant une maladie démentielle ou une incapacité mentale ou intellectuelle telle qu'ils ne peuvent se déplacer en transports publics sans l'assistance d'une tierce personne.

La demande et le certificat ci-dessous sont à remplir et à envoyer à l'adresse indiquée. Le certificat médical a une durée de validité de 3 mois, à compter de sa date de délivrance.

Je soussigné(e), demande * une obtention un renouvellement d'une carte ADAPTO :

Nom(s) :	n° carte ADAPTO : _____
Prénom(s) :	expire le : _____
Matricule (n° de sécurité sociale) à 13 chiffres _____	
N° et rue: _____	
CP et localité : L- _____	
Tél./GSM/E-mail: _____	

	Cases à cocher :	oui :	non :
J'utilise actuellement les transports publics :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis actuellement titulaire d'un permis de conduire: → Si oui : <i>Je comprends et j'accepte que mes données puissent être utilisées dans le cadre de la vérification de mon aptitude à conduire un véhicule.</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai conduit au cours des 6 derniers mois :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le permis de conduire a été retiré/non prolongé pour raisons médicales :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je séjourne en institution jour et nuit ? → Si oui : <i>Nom et adresse de l'institution :</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Case réservée à l'administration
<input type="checkbox"/> accordé
<input type="checkbox"/> accompagnant obligatoire
<input type="checkbox"/> trm au service des permis de conduire
<input type="checkbox"/> refus
<input type="checkbox"/> autres :

Date et Signature du demandeur
(ou du tuteur : père, mère, autre:.....)

* A remplir de manière complète sinon la demande n'est pas acceptée. Les données sont collectées dans un fichier des utilisateurs.

CERTIFICAT MÉDICAL *

Nom(s) et prénom(s) du requérant :

Matricule (n° de sécurité sociale) à 13 chiffres : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Le requérant :

- présente un handicap permanent avec une mobilité réduite et se déplace généralement avec :
- une canne ○ des béquilles ○ un cadre de marche/rolator
- un fauteuil roulant (○ manuel ou ○ électrique) ○ autres : Préciser :
- est aveugle ou ○ gravement malvoyant malgré une correction optique maximale ;
Préciser :
Un certificat médical ophtalmologique est à joindre à la demande !
- est insuffisant respiratoire avec nécessité d'oxygène ○ en permanence ou ○ à domicile
- présente une amputation de membre(s) inférieur(s) ; Préciser :
- présente une maladie démentielle ; Préciser :
- présente une incapacité mentale ou intellectuelle telle qu'il ne peut se déplacer en transports publics sans l'assistance d'une tierce personne ; Préciser :

1. Assistance d'une tierce personne requise pour les transports Adapto : impérative
 conseillée
 non nécessaire
2. Antécédents et description détaillée du handicap justifiant l'obtention d'une carte d'accès au service de transport pour personnes à mobilité réduite:

3. Si le requérant possède un permis de conduire :
- reste apte à conduire : oui non
- restrictions à proposer: aucune boîte automatique autres :
- un avis/examen complémentaire est recommandé: oui non
(si oui préciser lequel : neurologique, ophtalmologique,)

4. Prévoyez-vous que l'état de la personne concernée :

- durera moins de 6 mois
- durera plus de 6 mois : Préciser :
- sera irréversible

Certificat établi par le Docteur :

(Date, cachet et signature du médecin)

* A remplir de manière complète sinon la demande n'est pas acceptée. Les données sont collectées dans un fichier des utilisateurs.