


Nous répondons à vos questions :

 SUR TWISTO.FR

 PAR MAIL
clients@twisto.fr

 PAR TÉLÉPHONE
02 31 15 55 55

 PAR COURRIER
2 avenue des Étangs
14123 Fleury sur Orne

 EN AGENCE MOBILITÉS
51 rue de l'Oratoire
14000 Caen
Station Bernières
Arrêt Théâtre
Vélobib et Vélopark Théâtre

 SUR LES RÉSEAUX
SOCIAUX
   @TwistoCaen

OBJET : Dossier d'inscription à la Commission d'accessibilité

Madame, Monsieur,

Vous avez fait une demande afin de pouvoir bénéficier de notre service de transport TWISTO ACCESS.

Pour constituer votre dossier d'inscription à la Commission d'accessibilité, nous vous adressons :

- un questionnaire médical à remplir par votre médecin traitant et à retourner sous pli cacheté
- Une fiche de renseignements à nous retourner complétée et signée à l'adresse suivante : TWISTO ACCESS, 2 avenue des Étangs, 14123 Fleury-sur-Orne avec les pièces justificatives ci-dessous :
 - copie de votre carte d'identité
 - justificatif de domicile de moins de 3 mois

A réception de toutes ces pièces, votre dossier sera présenté à la Commission d'accessibilité.

Nous vous contacterons ultérieurement pour définir la date de la Commission d'accessibilité.

Dans cette attente, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos salutations distinguées.

Le Centre Relation Clients Twisto

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

VOS COORDONNÉES

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

Interphone ? Oui Non

Code postal : _____

Ville : _____

Date de naissance : ___/___/_____

Tél : ___/___/___/___/___

E-mail : _____@_____.

REPRESENTANT LEGAL / TUTEUR / CURATEUR / PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (RAYER LES MENTIONS INUTILES)

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____

VOS DÉPLACEMENTS ACTUELS

Aujourd'hui, vous vous déplacez : En bus => si oui, pourquoi ne voulez-vous plus le prendre ?

En voiture En vélo En taxi Autre mode Vous ne vous déplacez pas

VOTRE MOBILITÉ

Fauteuil roulant ?

Oui Non

En fauteuil roulant électrique

En fauteuil roulant manuel

Cochez la case si vous avez un fauteuil roulant transférable en voiture

Cannes d'appui ?

Oui Non simples anglaises

Chien guide ?

Oui Non

Station debout pénible ?

Oui Non

Aide d'une tierce personne ?

Oui Non

Rempli par le médecin lors de la commission d'accessibilité

Dans le véhicule Twisto Access

Accès par la porte latérale ? Oui seul Oui avec une aide Non

Autres difficultés éventuelles justifiant l'utilisation du service ?

Accompagnateur Obligatoire Facultatif Adapté sur le réseau Twisto

UTILISATION DU SERVICE TWISTO ACCESS POUR QUELLES DESTINATIONS PRINCIPALES ?

Destination	Lieu de destination	Adresse	Fréquence	Motif	Accessibilité du lieu
N°1		N° Rue Ville	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Etudes <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Visites famille	Une fois sorti(e) du véhicule Twisto Access, je peux me rendre seul(e) à cette destination ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaire					
N°2		N° Rue Ville	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Etudes <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Visites famille	Une fois sorti(e) du véhicule Twisto Access, je peux me rendre seul(e) à cette destination ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaire					
N°3		N° Rue Ville	<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Etudes <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Visites famille	Une fois sorti(e) du véhicule Twisto Access, je peux me rendre seul(e) à cette destination ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaire					

N.B. Merci de vérifier l'accessibilité des lieux fréquentés. Pour des raisons de sécurité, le personnel Twisto n'est pas habilité à franchir des obstacles qui supposent de porter une personne.

LES RÉSERVATIONS TWISTO ACCESS

Pouvez-vous gérer seul(e) vos réservations ? Oui Non

Si non, pourquoi ? Désorientation Elocution Mémoire Autre : _____

Fait à : _____

Le : ____/____/____

Signature du demandeur
ou de son représentant légal

Pièces complémentaires à joindre au présent dossier :

- Questionnaire médical à renvoyer directement au médecin de la commission d'accessibilité
- Carte cécité étoile verte éventuelle
- Carte d'identité
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, les informations demandées sur ce présent formulaire sont nécessaires au traitement de votre demande. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications vous concernant auprès de Keolis Caen Mobilités, 2 avenue des Étangs, 14123 Fleury-sur-Orne ; sauf opposition de votre part, elles pourront être utilisées par Keolis Caen Mobilités, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses partenaires contractuels.

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL
A remplir par le demandeur et son médecin traitant

Nom et prénom du demandeur :

Date de naissance : / /

Adresse :

Téléphone : Email :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Nom de la personne qui remplit ce questionnaire si ce n'est pas le futur utilisateur du service :

..... Téléphone :

Lien avec le demandeur : Époux(se) Enfant Tuteur Autres :

PATHOLOGIE

Pathologies locomotrices :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Séquelles de fracture ou de traumatisme | <input type="checkbox"/> Amputation |
| <input type="checkbox"/> Maladie rhumatismale invalidante | <input type="checkbox"/> Troubles de la marche |
| <input type="checkbox"/> Arthrose invalidante | <input type="checkbox"/> Chutes |

Commentaires :

Pathologies cardio-vasculaires :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Troubles du rythme cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque |

Commentaires :

Pathologies neurologiques :

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Malaises | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Paraplégie |
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre | <input type="checkbox"/> Hémiplégie |
| <input type="checkbox"/> Paralysie | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | |

Autres ou commentaires :

Pathologies respiratoires :

- Insuffisance respiratoire

Autres ou commentaires :

Pathologies sensorielles :

- Troubles de la vue : a) Mal voyant ou b) Non voyant *(rayer la mention inutile)*
 Troubles de l'ouïe : a) Appareillé ou b) Non appareillé *(rayer la mention inutile)*

Commentaires :

Autres pathologies médicales :

Le demandeur est-il sous traitement lié à sa pathologie : Oui Non

Détail du traitement médicamenteux :

Existe-t-il une aggravation récente de votre état de santé ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Depuis quelle date :/...../.....

Le demandeur a-t-il besoin d'un accompagnateur pour se déplacer ? Oui Non

HABITUDES ET MODES DE VIE

Utilisez-vous pour vos déplacements :

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> Béquilles | <input type="checkbox"/> Implant |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> Chien guide | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Système électronique | |
| <input type="checkbox"/> Canne blanche | Précisez : | |
| <input type="checkbox"/> Canne simple | | |

Dans la vie courante, demeurez-vous en :

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maison | <input type="checkbox"/> Avec étage | <input type="checkbox"/> De plain-pied | |
| <input type="checkbox"/> Appartement | <input type="checkbox"/> Rez-de-chaussée | <input type="checkbox"/> Etage avec ascenseur | <input type="checkbox"/> Etage sans ascenseur |

Préférer vous vous déplacer : en autonomie accompagné

Accompagné(e), pouvez-vous utiliser les transports en commun ? Oui Non

Commentaires :

Date :/...../.....

Signature et cachet du médecin traitant :