AccessTAO

Questionnaire médical d'inscription

Tous les champs de ce formulaire sont obligatoires

L'accès au service AccessTAO est réservé aux personnes à mobilité réduite, qui sont dans l'impossibilité de prendre les transports collectifs traditionnels TAO.

- Ce questionnaire est rempli par votre médecin traitant ou médecin spécialiste.
- Il est destiné aux médecins et ergothérapeutes qui vont étudier votre demande d'accès au service.
- Il doit être mis sous pli cacheté dans une enveloppe portant la mention «CONFIDENTIEL»

Identité du bénéficiaire du service

☐ **Mme** ☐ **M.** **Nom** ..... **Prénom** .....

Date de naissance (JJ/mm/aaaa) .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... **Ville** .....

1 Type de handicap

☐ **Moteur** ☐ **Sensoriel auditif** ☐ **Sensoriel visuel** ☐ **Handicap mental et psychique** ☐ **Autre**

Précision du/des handicaps et problèmes médicaux associés :

☐ **Ostéoarticulaires, préciser :** .....
☐ **Neurologiques, préciser :** .....
☐ **Cardiovasculaires, préciser :** .....
☐ **Respiratoires, préciser :** .....
☐ **Troubles de l'orientation et/ou de la mémoire, préciser :** .....
☐ **Troubles du comportement, préciser :** .....
☐ **Troubles de l'équilibre, préciser :** .....
☐ **Troubles visuels, préciser :** .....
☐ **Autre, préciser :** .....

.....

.....

2 Évolutivité du handicap

☐ **Stationnaire** ☐ **Temporaire** **› durée prévisionnelle**

3 Périmètre de marche

Distance maximale pouvant être parcourue par le demandeur : ..... **mètres**

4 Station debout possible pendant un temps limité ?

☐ Oui durée (approximative) : ..... ☐ Non

5 Franchissement de marches possible ?

☐ Oui nombre de marches :..... ☐ Non

6 Appareillage

☐ Fauteuil manuel ☐ Fauteuil électrique ☐ Transférable
☐ Une canne ☐ Béquilles
☐ Déambulateur
☐ Orthèses, type, adaptation : .....
☐ Prothèses, type, adaptation : .....
☐ Autre appareillage permanent (exemples : dispositif respiratoire, sonde à demeure, ...)
.....

7 Modalités de transport

La personne :
- peut être transportée en compagnie d'autres voyageurs ☐ OUI ☐ NON
- nécessite une aide pour monter ou descendre du véhicule ☐ OUI ☐ NON
- nécessite un accompagnateur en cours de transport (appareillage, trouble du comportement,...)
☐ OUI ☐ NON

8 Informations complémentaires utiles à l'étude du dossier

.....

.....

Je soussigné, Docteur en médecine, constate que Monsieur / Madame .....
parait être ainsi dans l'impossibilité de prendre les transports traditionnels Tao et certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier.

NOM du médecin : .....

Date : Cachet

Signature :

Informatique et liberté

Les données personnelles collectées par Keolis Orléans Métropole Mobilités, exploitant du réseau TAO, à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement aux fins de vérifier que le demandeur remplit les critères d'accès au Service AccessTAO. Les données personnelles collectées sont destinées aux services de l'Exploitant et d'Orléans Métropole, au Corps médical sollicité par Keolis pour donner un avis sur les difficultés de déplacement du Client, ainsi que, le cas échéant, à leurs partenaires, sous-traitants ou prestataires situés dans et hors de l'union européenne et aux filiales du Groupe Keolis. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement de vos données personnelles. Vous pouvez également vous opposer à leur traitement à des fins commerciales. Pour exercer vos droits, complétez le formulaire disponible sur le site www.tao.mobilites.fr, rubrique « Gestion des données personnelles ». Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL sur cnil.fr/plaintes.

Contact AccessTAO
02 38 71 98 85
du lundi au samedi de 8h30 à 17h