



Demande d'accès pour l'utilisation du service de transport adapté ADAPTO à partir du 1^{er} mars 2020

à envoyer au : Ministère de la Mobilité et des Travaux publics
Département de la mobilité et des transports, Service Adapto
L-2938 Luxembourg

Conditions d'obtention et d'utilisation d'une carte Adapto :

Le citoyen doit avoir un handicap irréversible ou une déficience physique, mentale, sensorielle ou psychique qui empêche l'utilisation des transports publics. 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. Une demande non complète n'est pas traitée et retournée au requérant.

Déclaration du requérant :

Je soussigné(e), demande :

Nom(s) :	Je dispose déjà d'une carte Adapto : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui : ancien n° de carte:
Prénom(s) :	
Matricule : _ _ _ _ _	
N° et rue :	C.P. et localité : L-
Tél. mobile // tél. fixe :	e-mail :
Personne de contact en cas d'indisponibilité : (nom, lien, téléphone, mail)	

Je suis actuellement titulaire d'un permis de conduire :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<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>	
J'ai conduit au cours des 6 derniers mois :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si non : Le permis a été retiré/non prolongé pour raisons médicales	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'utilise actuellement les transports publics :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui ; je parviens à utiliser :	<input type="checkbox"/> bus <input type="checkbox"/> train <input type="checkbox"/> tram
Comment :	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> toujours accompagné
Combien de fois :	<input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> régulièrement <input type="checkbox"/> occasionnellement
Si non ; raisons :	<input type="checkbox"/> déplacement impossible vers un arrêt de bus / une gare <input type="checkbox"/> je n'arrive pas à monter dans le bus / tram / train <input type="checkbox"/> autres :

Je séjourne en institution jour ou nuit (à préciser) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom et adresse de l'institution :

Date et Signature

(le cas échéant : représentant légal (père, mère, tuteur, avec nom et adresse))

Un service d'accompagnateur n'est pas fourni, et ce n'est pas le conducteur.

En cas d'accompagnement obligatoire, celui-ci doit être valide et capable d'aider la personne qu'il accompagne tout au long du trajet.

CERTIFICAT MÉDICAL Adapto

La demande n'est recevable que si le certificat est complété intégralement par le médecin

Nom(s) :

Prénom(s) :

Matricule :

1. Antécédents et description détaillée du handicap justifiant l'obtention d'une carte Adapto :

--

2. Handicap moteur permanent avec appareillage ou aide(s) technique(s) ; Préciser :

Canne :	<input type="checkbox"/>		
Béquilles :	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
Rollator :	<input type="checkbox"/>		
Cadre de marche :	<input type="checkbox"/>		
Fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/> manuel	<input type="checkbox"/> électrique	
Apraxie :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Paralysie / paraplégie : à préciser :	<input type="checkbox"/>		

3. Maintien postural, déplacement :

	pas de difficultés	difficulté moyenne	difficulté absolue
Se mettre debout sans aides :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Périmètre de marche : (sans aides techniques)			
Périmètre de marche : (avec aides techniques)			
Monter 1 marche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance respiratoire avec nécessité d'oxygène :	<input type="checkbox"/> en permanence		

4. Handicap visuel :

Aveugle :	<input type="checkbox"/>		
Gravement malvoyant malgré une correction optique maximale :	<input type="checkbox"/> œil d/10	<input type="checkbox"/> œil g/10	
Troubles importants du champs visuel :	<input type="checkbox"/>		

5. Handicap cognitif, neurologique ou autre :

Handicap mental : à préciser :	<input type="checkbox"/>		
Troubles du comportement : à préciser :	<input type="checkbox"/>		
Handicap psychique : à préciser :	<input type="checkbox"/>		
Maladie dégénérative / neurologique : à préciser :	<input type="checkbox"/>		
Maladie démentielle :	<input type="checkbox"/> légère	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> sévère

6. Capacités neuropsychologiques :

	pas de difficultés	difficulté moyenne	difficulté absolue
Communication orale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication gestuelle ou autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'appareils et techniques de communication (téléphone, ordinateur,...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles neuropsychologique (attention, mémoire, apprentissage, raisonnement, comportement,...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans le temps :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion des situations à risque, capacité de discerner les dangers,... :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Assistance :

Tierce personne requise pour les transports Adapto :	<input type="checkbox"/> impérative	<input type="checkbox"/> conseillée	<input type="checkbox"/> non nécessaire
Le requérant peut être laissé seul sur le trottoir :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

8. Permis de conduire :

Le requérant reste apte à conduire :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Un avis/examen complémentaire est recommandé: (Si oui préciser lequel : neurologique, ophtalmologique) :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Le requérant dispose d'une carte de stationnement pour personnes handicapées :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

9. Durée :

L'état du handicap de la personne concernée :	<input type="checkbox"/> dépasse 6 mois	<input type="checkbox"/> ne dépasse pas 6 mois	<input type="checkbox"/> est irréversible
	<input type="checkbox"/> maladie évolutive;		
	préciser :		

Certificat établi le..... par le Docteur:

(cachet et signature du médecin)