



Demande en obtention 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, 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 amputation de membre(s) inférieur(s) ;
- * Les citoyens présentant une maladie démentielle ou une incapacité mentale ou intellectuelle telle qu'ils ne peuvent se déplacer sans l'assistance d'une tierce personne (avec mention correspondante sur la carte).

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) :

Nom et prénom(s) :

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

Domicile : rue et n :

N° téléphone / Email:

- J'utilise actuellement les transports en commun : oui / non
- Je suis actuellement titulaire d'un permis de conduire: oui / non
J'ai conduit au cours des 6 derniers mois : oui / non
Le permis de conduire a été retiré/non prolongé pour raisons médicales : oui / non
- Je séjourne en institution ? oui / non
Si oui : Nom et adresse de l'institution :

<p>Case réservée à l'administration</p> <p><input type="checkbox"/> pour accord</p> <p><input type="checkbox"/> l'intéressé(e) est à convoquer devant la Commission médicale des permis de conduire</p> <p><input type="checkbox"/> autres :</p>
--

Signature du demandeur (ou du tuteur)

CERTIFICAT MÉDICAL

Nom et prénom(s) du requérant :

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

Le requérant :

- présente une infirmité / handicap permanent avec une mobilité réduite et se déplace avec :
- une canne des béquilles un cadre de marche/rolator un fauteuil roulant
- autres : *Préciser :*
- est aveugle ou gravement malvoyant malgré une correction optique maximale ;
Préciser :
- 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 ou une incapacité mentale ou intellectuelle telle qu'il ne peut se déplacer sans l'assistance d'une tierce personne ; *Préciser :*

Assistance d'une tierce personne requise : oui non

Antécédents et description détaillée du handicap justifiant l'obtention d'une carte d'accès au service de transport pour personnes à mobilité réduite:

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,)

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

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

Certificat établi par le Docteur :
(Date, cachet et signature du médecin)