DEMANDE D’ACCES AU SERVICE FLEXI PMR

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

Je soussigné(e) : NOM :………………………………………………………..Prénom : ………………………………………………

Atteste sur l’honneur :

* Que mes déplacements dans un transport collectif ne font pas l’objet de contre-indications,
* Ne pas faire appel au service flexi PMR pour des déplacements d’ordinaire pris en charge par une caisse d’assurance maladie,
* Ne pas faire appel au service flexi PMR pour des déplacements vers des établissements médicaux, sociaux et médico-sociaux, relevant de la compétence desdits établissements.
* Ne pas nécessiter l’assistance d’une tierce personne lors de mes déplacements en transports collectifs \*,
* Avoir l’obligation d’assistance d’une tierce personne lors de mes déplacements en transports collectifs \*,
* Avoir pris connaissance du règlement intérieur.

\*Cocher la case correspondante

Fait à ……………………………………., le …………………………..

Signature du demandeur :