

Direction Solidarités, santé, jeunesse  
Service Santé et autonomie

**mobi.Stras**

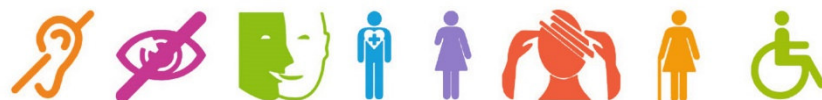
**MobiStras – transport adapté**

**DOSSIER POUR DEMANDER L'ACCÈS  
SANS CARTE MOBILITÉ INCLUSION – CMI**

**À remplir et à envoyer par courrier ou par mail,  
avec un justificatif de domicile :**

par exemple une facture avec votre adresse.

**Où ? :      RELAIS EMPLOI SANTE INSERTION  
17 ROUTE DE LA MEINAU  
67100 STRASBOURG  
Tél. : 03 88 24 58 27  
[resi.alsace@orange.fr](mailto:resi.alsace@orange.fr)**



## FORMULAIRE

Je soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur

**NOM / Prénom :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Si j'habite dans une **structure**, par exemple un EHPAD, un foyer ou un établissement spécialisé, laquelle et à quelle adresse :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nom et adresse du **représentant légal** du mineur ou du majeur protégé, par exemple parent, tuteur, curateur... :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**demande** l'accès au transport adapté MOBISTRAS :

☐ **Je fais une nouvelle demande**

☐ **Je veux renouveler**

**Je déclare avoir lu et accepter le règlement de MobiStras.**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

# CERTIFICAT MEDICAL

## Pour une demande d'accès au transport adapté MobiStras

Ce certificat est confidentiel et doit être joint sous pli fermé pour le médecin évaluateur du Relais Emploi Santé Insertion (R.E.S.I.)

Il est destiné à être joint à la demande d'admission au transport adapté suite à l'impossibilité avérée totale ou partielle d'utiliser les transports publics urbains de la CTS

La demande d'admission ne pourra être recevable que si le présent document est **complété intégralement** par le médecin du demandeur. Ce document sera étudié par un médecin évaluateur qui, au besoin, recevra le patient pour approfondir certains points.

Nom de naissance : .....  
Nom d'épouse : .....  
Prénom : .....  
Adresse : ..... Code postal : .....  
Ville : .....

### Description clinique actuelle :

Poids : ..... Taille : ..... Latéralité dominante: .....

**Précision du diagnostic :** .....

**Antécédents personnels :** .....

**Traitements en cours** (y compris kiné, suivi hôpital de jour, ...) / **médicaments** (préciser) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Perspective d'évolution :

☐ stabilité      ☐ aggravation      ☐ incapacité fluctuante (préciser)      ☐ risque vital  
☐ amélioration (préciser) .....  
☐ non-définie

**Appareillages ou aide(s) technique(s) (préciser)** .....

Cette aide technique est-elle un obstacle pour l'usage des transports en commun ?

☐ oui      ☐ non

### Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Périmètre de marche (l'appréciation tient compte des aides techniques habituelles) : .....

Peut accéder seul au trottoir devant son logement :    ☐ oui    ☐ non

**Mobilité**, maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement, ...

1 = pas de difficulté

2 = difficulté modérée

3 = difficulté grave/absolue

| <b>Mobilité</b>                                                                                                                 | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| Se mettre debout                                                                                                                |          |          |          |
| Marcher                                                                                                                         |          |          |          |
| Se déplacer à l'intérieur                                                                                                       |          |          |          |
| Se déplacer à l'extérieur                                                                                                       |          |          |          |
| Préhension main dominante                                                                                                       |          |          |          |
| Préhension main non dominante                                                                                                   |          |          |          |
| <b>Communication</b> orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui, ...                                               |          |          |          |
| Utiliser des appareils et techniques de communication (téléphone, (téléalarme, ordinateur, ...)                                 |          |          |          |
| <b>Cognition</b> , attention, mémoire, apprentissage, praxie,...                                                                |          |          |          |
| Raisonnement, vitesse d'idéation, comportement,...                                                                              |          |          |          |
| Orientation dans le temps                                                                                                       |          |          |          |
| Orientation dans l'espace                                                                                                       |          |          |          |
| <b>Retentissement sur la sécurité</b> : gestion des situations à risque, capacité de discerner les dangers, mise en danger, ... |          |          |          |

**Conduite émotionnelle**, relationnelle (préciser) .....

**Accessibilité du logement :**

Le logement est-il accessible ? ☐ oui ☐ non

Besoin d'aide pour aller du logement au trottoir ? ☐ oui ☐ non

Si oui préciser le type d'aide : .....

**Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :**

L'accompagnateur est personnel (proche, professionnel...) et doit être capable d'aider la personne. Il n'est pas fourni par MobiStras, ce n'est pas le conducteur.

☐ non ☐ oui (préciser) .....

**Certificat médical établi par :** .....

Adresse : .....

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

Téléphone : .....

En date du : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature (obligatoire)

cachet (obligatoire)

**N.B. : Il est important de bien remplir ce certificat afin d'éviter, des déplacements inutiles pour le patient.**

# QUESTIONNAIRE DES DEPLACEMENTS

(Toutes les questions doivent être obligatoirement remplies)

Nom : .....

Prénom : .....

1. Pour me déplacer aujourd'hui : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ J'ai une voiture et je conduis
- ☐ J'ai une voiture mais je ne conduis pas, j'ai besoin d'un chauffeur
- ☐ Je suis transporté par un proche : un parent, un ami, un voisin...
- ☐ J'appelle un taxi
- ☐ J'utilise une ambulance ou un véhicule sanitaire léger (VSL)
- ☐ Autre : .....

2. Comment ? En-dehors de la voiture :

- ☐ Je peux me déplacer seul sur une courte distance
- ☐ Je peux accéder au trottoir devant chez moi seul, sans aide
- ☐ J'ai besoin d'être aidé pour sortir de chez-moi
- ☐ Je suis toujours accompagné par quelqu'un
- ☐ Autre : .....

3. Avec quoi ? j'utilise : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Un fauteuil roulant manuel
- ☐ Un fauteuil roulant électrique
- ☐ Un déambulateur ou Rollator
- ☐ Une canne ou des béquilles
- ☐ Une canne blanche
- ☐ Un chien-guide ou un chien d'aide
- ☐ Une bouteille d'oxygène
- ☐ Un respirateur mobile
- ☐ Autre : .....
- ☐ Rien, aucun matériel
- ☐ Je suis sourd ou malentendant

4. Numéros des BUS ou TRAM près de chez moi : .....

5. Utilisez-vous le réseau de transport en commun de la CTS ?

Je prends le TRAM      ☐ oui      ☐ non, pourquoi ?

.....  
Je prends le BUS      ☐ oui      ☐ non, pourquoi ?

.....

6. Quel type de voiture ? Pour monter dans le véhicule :

- ☐ J'utilise uniquement la plateforme arrière (fauteuil roulant...)
- ☐ Si fauteuil roulant, je peux faire un transfert
- ☐ J'utilise la porte latérale avec marchepied du fourgon
- ☐ Je peux m'asseoir dans une voiture standard

7. Où ? J'ai besoin de Mobistras pour : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Aller au travail en milieu ordinaire
- ☐ Me rendre sur des lieux de soins : cabinet médical, hôpital, ...
- ☐ Faire mes démarches administratives
- ☐ Faire mes courses
- ☐ Pour mes loisirs
- ☐ Autre : .....

8. Combien de fois ? J'ai besoin de Mobistras pour me déplacer :

- ☐ Tous les jours
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Moins souvent

9. Mes difficultés de déplacements : (obligatoire, je précise)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Mes besoins de déplacements : (obligatoire, je précise)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Un dossier incomplet ne sera pas traité.

Je déclare sur l'honneur que mes informations ci-dessus sont exactes.

Date :

Signature :

---

### Protections des données personnelles :

L'Eurométropole de Strasbourg sis 1 parc de l'Etoile 67000 Strasbourg, traite vos données personnelles dans le but d'instruire votre demande d'accès au service de transport adapté MobiStras et vous permettre d'effectuer des réservations pour vos trajets.

Ce traitement repose sur la mission de service public de transport des personnes à mobilité réduite.

Les destinataires de vos données sont le service Santé et autonomie de la Ville et de l'Eurométropole de Strasbourg, l'association de médecins Relais Emploi Santé Insertion - RESI, la Compagnie des Transports Strasbourgeois - CTS, son prestataire KEOLIS et le service informatique. Vos données personnelles sont conservées pendant 1 an en cas de refus d'accès par la commission ou 1 an après la fin de votre durée d'admission en cas de non-renouvellement.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, d'opposition (sauf exceptions), de limitation des traitements et de réclamation auprès de la CNIL.

Pour exercer vos droits adressez-vous directement à l'accueil du centre administratif de la Ville et de l'Eurométropole de Strasbourg ou par courrier à la Délégation à la protection des données Ville et Eurométropole de Strasbourg 1 Parc de l'Etoile 67076 Strasbourg Cedex ou au Délégué à la Protection des Données, par mail à l'adresse : [dpo@strasbourg.eu](mailto:dpo@strasbourg.eu)

*Ce document est rédigé en français simplifié pour la compréhension du plus grand nombre*

---

Votre contact : **Eurométropole** - Santé et autonomie - Ligne infos seniors et handicap : 03 68 98 51 15

Mail : [transport.adapte@strasbourg.eu](mailto:transport.adapte@strasbourg.eu)

Référence : TPMR – demande d'accès **sans CMI**