



TWISTO.FR



Nous répondons à vos questions :

 SUR TWISTO.FR

 PAR MAIL
clients@twisto.fr

 PAR TÉLÉPHONE
02 31 15 55 55

 PAR COURRIER
2 avenue des Étangs
14123 Fleury sur Orne

 EN AGENCE MOBILITÉS
51 rue de l'Oratoire
14000 Caen
Station Bernières
Arrêt Théâtre
Vélolib et Vélopark Théâtre

 SUR LES RÉSEAUX
SOCIAUX
   @TwistoCaen

OBJET : Dossier d'inscription à la Commission d'accessibilité

Madame, Monsieur,

Vous avez fait une demande afin de pouvoir bénéficier de notre service de transport TWISTO ACCESS.

Pour constituer votre dossier d'inscription à la Commission d'accessibilité, nous vous adressons :

- un questionnaire médical à remplir par votre médecin traitant et à retourner sous pli cacheté
- Une fiche de renseignements à nous retourner complétée et signée à l'adresse suivante : TWISTO ACCESS, 2 avenue des Étangs, 14123 Fleury-sur-Orne avec les pièces justificatives ci-dessous :
 - copie de votre carte d'identité
 - justificatif de domicile de moins de 3 mois

A réception de toutes ces pièces, votre dossier sera présenté à la Commission d'accessibilité.

Nous vous contacterons ultérieurement pour définir la date de la Commission d'accessibilité.

Dans cette attente, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos salutations distinguées.

Le Centre Relation Clients Twisto

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

VOS COORDONNÉES

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

Interphone ? ☐ Oui ☐ Non

Code postal : _____

Ville : _____

Date de naissance : ____/____/____

Tél : ____/____/____/____/____

E-mail : _____@_____._____

REPRESENTANT LEGAL / TUTEUR / CURATEUR / PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (RAYER LES MENTIONS INUTILES)

NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____

VOS DÉPLACEMENTS ACTUELS

Aujourd'hui, vous vous déplacez : ☐ En bus => si oui, pourquoi ne voulez-vous plus le prendre ? _____

☐ En voiture ☐ En vélo ☐ En taxi ☐ Autre mode ☐ Vous ne vous déplacez pas

VOTRE MOBILITÉ

Fauteuil roulant ? ☐ Oui ☐ Non

☐ En fauteuil roulant électrique

☐ En fauteuil roulant manuel

☐ Cochez la case si vous avez un fauteuil roulant transférable en voiture

Cannes d'appui ? ☐ Oui ☐ Non ☐ simples ☐ anglaises

Chien guide ? ☐ Oui ☐ Non

Station debout pénible ? ☐ Oui ☐ Non

Aide d'une tierce personne ? ☐ Oui ☐ Non

Rempli par le médecin lors de la commission d'accessibilité

Dans le véhicule Twisto Access

Accès par la porte latérale ? ☐ Oui seul ☐ Oui avec une aide ☐ Non

Autres difficultés éventuelles justifiant l'utilisation du service ? _____

Accompagnateur ☐ Obligatoire ☐ Facultatif ☐ Adapté sur le réseau Twisto

UTILISATION DU SERVICE TWISTO ACCESS POUR QUELLES DESTINATIONS PRINCIPALES ?

Destination	Lieu de destination	Adresse	Fréquence	Motif	Accessibilité du lieu
N°1		N° Rue Ville	☐ Tous les jours ☐ Souvent ☐ Rarement	☐ Travail ☐ Etudes ☐ Médical ☐ Courses ☐ Loisirs ☐ Visites famille	Une fois sorti(e) du véhicule Twisto Access, je peux me rendre seul(e) à cette destination ? ☐ Oui ☐ Non
Commentaire					
N°2		N° Rue Ville	☐ Tous les jours ☐ Souvent ☐ Rarement	☐ Travail ☐ Etudes ☐ Médical ☐ Courses ☐ Loisirs ☐ Visites famille	Une fois sorti(e) du véhicule Twisto Access, je peux me rendre seul(e) à cette destination ? ☐ Oui ☐ Non
Commentaire					
N°3		N° Rue Ville	☐ Tous les jours ☐ Souvent ☐ Rarement	☐ Travail ☐ Etudes ☐ Médical ☐ Courses ☐ Loisirs ☐ Visites famille	Une fois sorti(e) du véhicule Twisto Access, je peux me rendre seul(e) à cette destination ? ☐ Oui ☐ Non
Commentaire					

N.B. Merci de vérifier l'accessibilité des lieux fréquentés. Pour des raisons de sécurité, le personnel Twisto n'est pas habilité à franchir des obstacles qui supposent de porter une personne.

LES RÉSERVATIONS TWISTO ACCESS

Pouvez-vous gérer seul(e) vos réservations ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ? ☐ Désorientation ☐ Elocution ☐ Mémoire ☐ Autre : _____

Fait à : _____

Le : ____/____/____

Signature du demandeur
ou de son représentant légal

Pièces complémentaires à joindre au présent dossier :

- Questionnaire médical à renvoyer directement au médecin de la commission d'accessibilité
- Carte cécité étoile verte éventuelle
- Carte d'identité
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, les informations demandées sur ce présent formulaire sont nécessaires au traitement de votre demande. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications vous concernant auprès de RD Caen la mer, 2 avenue des Étangs, 14123 Fleury-sur-Orne ; sauf opposition de votre part, elles pourront être utilisées par RD Caen la mer, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses partenaires contractuels.

Questionnaire à renvoyer au médecin

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

A remplir par le demandeur et son médecin traitant

Nom et prénom du demandeur :

Date de naissance : / /

Adresse :

Téléphone : Email :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Nom de la personne qui remplit ce questionnaire si ce n'est pas le futur utilisateur du service :

..... Téléphone :

Lien avec le demandeur : ☐ Époux(se) ☐ Enfant ☐ Tuteur Autres :

PATHOLOGIE

Pathologies locomotrices :

☐ Séquelles de fracture ou de traumatisme

☐ Maladie rhumatismale invalidante

☐ Arthrose invalidante

Amputation

☐ Troubles de la marche

☐ Chutes

Commentaires :

Pathologies cardio-vasculaires :

☐ Infarctus

☐ Angine de poitrine

☐ Hypertension artérielle

☐ Artérite des membres inférieurs

☐ Troubles du rythme cardiaque

☐ Insuffisance cardiaque

Commentaires :

Pathologies neurologiques :

☐ Malaises

☐ Parkinson

☐ Troubles de l'équilibre

☐ Paralysie

☐ Alzheimer

☐ Paraplégie

☐ Hémiplégie

Epilepsie

Autres ou commentaires :

Pathologies respiratoires :

☐ Insuffisance respiratoire

Autres ou commentaires :

Pathologies sensorielles :

- ☐ Troubles de la vue : a) Mal voyant ou b) Non voyant (rayer la mention inutile)
☐ Troubles de l'ouïe : a) Appareillé ou b) Non appareillé (rayer la mention inutile)

Commentaires :

.....

Autres pathologies médicales :

.....

Le demandeur est-il sous traitement lié à sa pathologie : ☐ Oui ☐ Non

Détail du traitement médicamenteux :

.....

Existe-t-il une aggravation récente de votre état de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

.....

Depuis quelle date :/...../.....

Le demandeur a-t-il besoin d'un accompagnateur pour se déplacer ? ☐ Oui ☐ Non

HABITUDES ET MODES DE VIE

Utilisez-vous pour vos déplacements :

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| ☐ Fauteuil roulant manuel | ☐ Béquilles | ☐ Implant |
| ☐ Fauteuil roulant électrique | ☐ Chien guide | Précisez : |
| ☐ Déambulateur | ☐ Système électronique | |
| ☐ Canne blanche | Précisez : | |
| ☐ Canne simple | | |

Dans la vie courante, demeurez-vous en :

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ Maison | ☐ Avec étage | ☐ De plain-pied |
| ☐ Appartement | ☐ Rez-de-chaussée | ☐ Etage avec ascenseur |
| | | ☐ Etage sans ascenseur |

Préférer vous vous déplacer : ☐ en autonomie ☐ accompagné

Accompagné(e), pouvez-vous utiliser les transports en commun ? ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

.....

Date :/...../.....

Signature et cachet du médecin traitant :