



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 maladie démentielle ou une incapacité mentale ou intellectuelle telle qu'ils ne peuvent se déplacer en transports publics sans l'assistance d'une tierce personne.

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), demande un accès au service de transport pour personnes à mobilité réduite :

Nom(s) : prénom(s) :

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

Domicile : L- ___ _ _ n° et rue:

N° téléphone / Email:

- J'utilise actuellement les transports publics : 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>
--

Date et Signature du demandeur
(ou du tuteur : père, mère, autre:.....)

