

Formulaire d'inscription : Transport collectif pour incapacité temporaire

*~Pour personnes n'étant pas admissibles au transport adapté (critères du MTQ)~  
\*Transport temporaire offert par la Ville de Granby\**

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ (J/M/AA)

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Type d'équipement ou d'aide à la mobilité : \_\_\_\_\_

Durée évaluée du traitement ou de l'incapacité : \_\_\_\_\_

Coordonnées du professionnel traitant :

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

J'ai joint mon papier médical attestant de la nature et de la durée de mon incapacité ainsi que de l'incapacité à prendre le transport en commun régulier.

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets et j'autorise Ami-Bus Inc à divulguer mes renseignements personnels et de santé à la Ville de Granby.

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