

Transport collectif pour personnes ayant une incapacité temporaire

Formulaire d'inscription

**1. Critères d'admission :**

- a. Être dans l'incapacité d'utiliser le transport en commun régulier
- b. Ne pas être admissible au transport adapté (critères du MTQ)
- c. Avoir besoin d'un transport temporaire pendant moins d'un an, sur le territoire de la Ville de Granby\*\*

**2. Marche à suivre**

**A.** Compléter le *formulaire d'inscription* et le **signer (p. 1 et 2)**

**B.** Faire compléter *l'attestation des incapacités (p.3 et 4)* par **un professionnel de la santé** tel que...

Exemples : un cardiologue, un pneumologue ou un neurologue;  
un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un psychiatre;  
un optométriste ou un ophtalmologiste;  
un spécialiste en réadaptation en déficience visuelle;  
un spécialiste en orientation et mobilité;  
un psychologue, un psychoéducateur ou un psychiatre;  
un technicien en éducation spécialisée;  
un travailleur social;  
un omnipraticien (médecin généraliste);  
un infirmier.

**C.** Une fois **complétés** et **signés**, acheminez les **originaux** de ce *formulaire d'inscription* **et** de *l'attestation des incapacités (p. 1 à 4)* à l'adresse suivante :

**Ami-Bus inc.**  
**65, rue St-Jude S, local 4**  
**Granby (Qc) J2J 2N2**

**Pour toutes questions contactez le 450.375.2069 # 225**

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

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Type d'équipement requis pour aide à la mobilité : \_\_\_\_\_

J'ai joint l'**original**\* de ce *formulaire d'inscription* (p.1 et 2) ainsi que l'**original**\* de l'*attestation des incapacités* (p.3 et 4) complétée et **signée** par un médecin ou un professionnel de la santé cité dans la liste en page 1.

*\*Aucune copie ne sera acceptée\**

*J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et complets et j'autorise Ami-Bus inc. à divulguer mes renseignements personnels et de santé à la Ville de Granby pour fins d'étude de la présente demande.*

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

OU Signature de la personne autorisée si le demandeur ne peut agir :

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

Transport collectif pour personnes ayant une incapacité temporaire

Attestation des incapacités

**À remplir par le professionnel de la santé**

**Note importante :**

La présente attestation vise à établir le diagnostic du demandeur uniquement sur le plan de la mobilité et à cibler s'il y a présence d'une incapacité temporaire (moins d'un an) empêchant le demandeur d'utiliser le transport en commun régulier. Également, pour être éligible à ce service, le demandeur ne doit pas être admissible au transport adapté.

1) Diagnostic engendrant l'incapacité à la mobilité temporaire :

---

---

Depuis quand ? : \_\_\_\_\_

2) Le demandeur présente-t-il l'une des incapacités décrites ci-dessous ?

➔ Cochez la ou les incapacités du demandeur :

- Marcher 400 mètres sur un terrain uni
- Monter une marche de 35 cm de hauteur avec appui ou en descendre une sans appui
- Effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier en raison d'une fatigabilité extrême

3) Type d'équipement ou d'aides à la mobilité requis : \_\_\_\_\_

---

4) Durée évaluée de l'incapacité temporaire :

---

5) Le demandeur aura t-il besoin d'aide d'un accompagnateur en raison d'un besoin particulier à bord du véhicule durant le déplacement ?

Non

Oui

---

Ce formulaire a été rempli par :

Estampille ou sceau  
du professionnel de la santé }>

Estampille ou sceau

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de pratique (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

*Je certifie que les renseignements fournis sur (indiquez prénom et nom)*

*M. ou Mme \_\_\_\_\_ sont exacts.*

\_\_\_\_\_  
**Signature obligatoire**

\_\_\_\_\_  
**Date** (JJ-MM-AAAA)

*Vous pouvez joindre, en annexe, tous les renseignements supplémentaires  
que vous jugez nécessaires à l'appui de cette attestation.*

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA COLLECTE, DIVULGATION ET UTILISATION DES  
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS  
CLIENT**

**Ami-Bus Inc.** s'engage à protéger la vie privée et la sécurité de vos renseignements personnels. Ce formulaire explique comment nous collectons, utilisons, et divulguons vos renseignements personnels dans le cadre de nos services. En signant ce formulaire, vous consentez à ce que nous traitions vos données fournies dans le but d'offrir un accompagnement spécialisé et des services adaptés à vos besoins.

**Veillez cocher et initialer les utilisations auxquelles vous consentez :**

RENSEIGNEMENT PERSONNELS	COLLECTE	DIVULGATION	UTILISATION	COCHEZ	INITALES
<b>Nom et prénom</b>	Pour l'ouverture des dossiers d'usagers, l'identification et réservations de transports	Direction, comptabilité, adjointe, répartiteurs, comité d'admission, chauffeurs	- Pour l'ouverture des dossiers d'usagers, - L'identification - Pour les réservations de transports	<input type="checkbox"/>	
<b>Adresse du domicile</b>	Pour l'identification ainsi que pour les transports des usagers, par les chauffeurs	Direction, comptabilité, adjointe, répartiteurs, comité d'admission, chauffeurs	- Pour l'identification de l'utilisateur - Pour les transports des usagers, par les chauffeurs	<input type="checkbox"/>	
<b>Date de naissance</b>	Identification	Direction, répartiteurs, comité d'admission,	- Pour s'assurer d'avoir le bon usager lors des réservations. - Pour avoir la bonne tarification (60 ans et plus).	<input type="checkbox"/>	
<b>Numéro de téléphone du domicile</b>	Contact	Direction, adjointe, répartiteur	- Afin de confirmer les transports (appels enregistrés) - Pour les demandes de renseignements	<input type="checkbox"/>	

Veillez cocher et initialer les utilisations auxquelles vous consentez (SUITE):

RENSEIGNEMENT PERSONNELS	COLLECTE	DIVULGATION	UTILISATION	COCHEZ	INITALES
<b>Numéro de téléphone cellulaire</b>	Contact	Direction, adjointe, répartiteur Comptabilité	- Afin de confirmer les transports (notifications ou appels enregistrés) - Pour les demandes de renseignements	<input type="checkbox"/>	
<b>Adresse courriel personnelle</b>	Contact	Direction, adjointe, répartiteurs	- Afin de confirmer les transport (par courriel)	<input type="checkbox"/>	
<b>Renseignements médicaux</b>	Admissibilité et répartition	Direction, adjointe, répartiteurs, comité d'admission, chauffeurs	- Pour que le Comité d'admission puisse accepter ou refuser l'utilisateur - Répartiteurs : Déterminer du nombre de places à bord et du type de véhicule	<input type="checkbox"/>	
<b>Nom et prénom (accompagnateur)</b>	Répartition	Direction, adjointe, répartiteurs et chauffeurs	- Pour prévoir une place supplémentaire lors du transport	<input type="checkbox"/>	

**En cochant les cases ci-dessous, je reconnais et accepte ce qui suit :**

- Je comprends comment **Ami-Bus Inc.** utilise mes renseignements personnels et j'accepte ces utilisations.
- Je suis conscient(e) que je peux retirer mon consentement à tout moment en contactant le responsable de la protection des renseignements personnels de l'entreprise à l'adresse suivante : **direction@amibus.org.**
- Je suis conscient(e) qu'un refus de consentir peut limiter mon accès à certains services sans affecter ma relation avec **Ami-Bus Inc.**
- J'ai pris connaissance de l'engagement de **Ami-Bus Inc.** à protéger les informations personnelles conformément aux lois applicables.
- En signant ce formulaire, j'autorise **Ami-Bus Inc.** à divulguer mes informations aux professionnels et partenaires impliqués dans la prestation de services, conformément aux objectifs spécifiés dans ce document. Toute autre divulgation sera réalisée avec mon consentement explicite, sauf disposition contraire de la loi.
- Je consens à l'utilisation des renseignements personnels fournis pour la durée de mon engagement avec **Ami-Bus Inc.** ou jusqu'à ce que je retire mon consentement.
- Je comprends que les données seront conservées conformément aux exigences légales.
- Je reconnais avoir le droit d'accéder à mes données, de les rectifier et de demander leur suppression par **Ami-Bus Inc.**

**Consentement :**

En signant ce formulaire, je déclare avoir lu et compris les finalités pour lesquels les renseignements personnels pourraient être collectés, utilisés et divulgués. Je donne mon consentement de manière libre, éclairée et volontaire.

Nom (en lettres moulées) de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

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

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