

Formulaire de demande de carte d'accompagnement au réseau de transport régulier d'exo

Identification de la personne ayant besoin d'un accompagnateur

Nom: Prénom:
Numéro civique: Rue:
Municipalité: Province: Code postal:
Téléphone: Téléphone (travail):
Courriel:
Salutations souhaitées: Mme M. Neutre Date de naissance (AAAA-MM-JJ):

* Si différente, identification de la personne qui remplit et signe le formulaire

Nom: Prénom:
Téléphone: Téléphone (travail):
Lien avec la personne: Courriel:

Engagements et signature de la personne ayant besoin d'un accompagnateur

Comme titulaire d'une carte d'accompagnement exo (la «Carte»), je m'engage à:

- présenter la Carte au moment d'acquitter mon droit de passage et à tout moment lorsque cela est requis par un inspecteur d'exo;
- informer exo de tout changement d'adresse;
- informer sans délai exo de la destruction, de la perte ou du vol de la Carte;
- ne pas permettre l'usage de la Carte par une autre personne;
- retourner la Carte sans délai à exo si elle n'est pas utilisée;
- inclure une photo attestée par un professionnel de la santé (taille: 3,5 x 3,5 cm environ).

Note: Un seul accompagnateur à la fois peut voyager gratuitement avec la personne ayant besoin d'accompagnement. L'accompagnateur n'a droit à la gratuité que lorsqu'il est en présence de la personne ayant besoin d'accompagnement.

*Je certifie que les renseignements donnés sont exacts
et j'autorise le professionnel de la santé à transmettre le formulaire rempli à exo.*

Signature de la personne ayant besoin d'un accompagnateur ou de son représentant

Date (AAAA-MM-JJ)

Attestation professionnelle

Cette section doit être remplie par un professionnel de la santé autorisé : médecin agréé, infirmière praticienne ou autorisée, ergothérapeute agréé, physiothérapeute agréé, psychologue ou psychiatre certifié, optométriste ou ophtalmologiste agréé.

1. Est-ce que les limitations sont permanentes? Oui Non
Si elles sont temporaires, pour combien de temps?
2. Est-ce que le demandeur a besoin d'un accompagnateur pour voyager sur le réseau régulier du transporteur? Oui Non
3. Précisez les limitations fonctionnelles justifiant le besoin d'accompagnement pour l'utilisation du réseau régulier du transporteur
 - Problème d'orientation dans le temps
 - Problème d'orientation dans l'espace
 - Problème relatif à sa sécurité personnelle
 - Problème de comportement
 - Autre incapacité, spécifiez:

- Je certifie, selon mon évaluation, que les limitations de Mme/M. justifient le besoin d'un accompagnateur pour utiliser le réseau régulier du transporteur.
OU
- J'atteste, selon le rapport d'évaluation qui m'a été transmis, que les limitations de Mme/M. justifient le besoin d'un accompagnateur pour utiliser le réseau régulier du transporteur.

- J'atteste que la personne sur la photo est bien celle qui a besoin d'un accompagnateur. J'ai apposé mes initiales à l'endos de cette photo.

Note : Les frais d'attestation sont à la charge du demandeur, le cas échéant.

Nom du professionnel de la santé

Profession

Téléphone

Adresse professionnelle

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Faire parvenir ce formulaire complété et la photo initialée (si numérisée: recto et verso) par un professionnel de la santé à :

Coordonnateur accessibilité
700, Rue De la Gauchetière Ouest, 26^e étage Montréal, Québec, H3B 5M2
Courriel: carteaccompagnement@exo.quebec