



## 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 : .....

#### Case réservée à l'administration

- pour accord
- l'intéressé(e) est à convoquer devant la Commission médicale des permis de conduire
- autres :

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

# CERTIFICAT MÉDICAL

Nom et prénom(s) du requérant : .....

Matricule (n° de sécurité sociale) à 13 chiffres : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Le requérant :

- présente un handicap permanent avec une mobilité réduite et se déplace avec :
- une canne
  - des béquilles
  - un cadre de marche/rolator
  - un fauteuil roulant
  - autres : *Préciser :*
- est aveugle ou  gravement malvoyant malgré une correction optique maximale ;  
*Préciser :*  
*Un certificat médical ophtalmologique est à joindre à la demande !*
- est insuffisant respiratoire avec nécessité d'oxygène en permanence ou à domicile
- présente une amputation de membre(s) inférieur(s) ; *Préciser :*
- présente une maladie démentielle ; *Préciser :*
- présente une incapacité mentale ou intellectuelle telle qu'il ne peut se déplacer en transports publics sans l'assistance d'une tierce personne ; *Préciser :*
- 1. Assistance d'une tierce personne requise pour les transports Adapto :**  impérative  
 conseillée  
 non nécessaire
- 2. Antécédents et description détaillée du handicap justifiant l'obtention d'une carte d'accès au service de transport pour personnes à mobilité réduite:**

**3. Si le requérant possède un permis de conduire :**

- reste apte à conduire :  oui  non
  - restrictions à proposer:  aucune  boîte automatique  autres :
  - un avis/examen complémentaire est recommandé:  oui  non
- (si oui préciser lequel : *neurologique, ophtalmologique, .....*)

**4. Prévoyez-vous que l'état de la personne concernée :**

- durera moins de 6 mois
- durera plus de 6 mois
- sera irréversible

Certificat établi par le Docteur :  
(Date, cachet et signature du médecin)