

## BÉNÉFICIAIRE

NOM : Prénom :  
Adresse :  
Code postal : Ville :  
Tél : Mail :  
RSA :  oui  non Autre statut (ASS, AAH, salarié, jeunes) :  
Coordonnées du RU : Structure :  
Tél : Mail :

## PRESCRIPTEUR

Nom Prénom du prescripteur : Structure :  
Tél : Mail :  
Motif de l'orientation :  
Demande d'APRE en cours :  oui  non Si oui, demande faite par :  
Nature de la demande d'APRE :

## DISPOSITIFS PLATEFORME SOLLICITES

Pré code :  Motif :

Transport personnalisé : Ponctuel  régulier

Si régulier durée indicative souhaitée (maxi un mois) :

Date souhaitée du premier transport :

### Motif de la demande

- Pas de covoiturage possible
- Pas de permis, ni véhicule
- Permis B sans véhicule
- Pas de transport en commun
- Véhicule en panne
- Pb financier / essence
- Autre: .....

Fiche de liaison à renvoyer : par mail à [mobilite@apije.org](mailto:mobilite@apije.org) ou par fax au 04.67.59.41.49

## LIAISON

Dossier reçu le :

RDV le : à : S'est présenté(e) :  oui  non

Intègre le dispositif :

oui Objectif de l'accompagnement :  
 non Motif :