

**Inscription PAM 75 - Annexe 2 : DEMANDE DE TRANSPORTS REGULIERS (faire une demande par itinéraire)**

Je soussigné (e) (nom, prénom) .....

demeurant (adresse complète) : .....

Code postal ..... Ville .....

demande à bénéficier du dispositif de « transport régulier » pour le motif suivant :

- Travail
- Démarches Personnelles
- Santé
- Loisirs

Extrémité 1 (adresse complète) : .....

Code postal ..... Ville .....

Extrémité 2 (adresse complète) : .....

Code postal ..... Ville .....

		Heure de départ souhaitée	OU	Heure d'arrivée souhaitée	Horaire de votre activité
<b>Lundi</b>	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
<b>Mardi</b>	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
<b>Mercredi</b>	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
<b>Jeudi</b>	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
<b>Vendredi</b>	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
<b>Samedi</b>	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
<b>Dimanche</b>	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :

Date de début des transports réguliers souhaitée :     /     / 20

Périodes d'interruption prévisibles (soyez précis) :

Adresse du représentant de l'entreprise /organisme médical (adresse complète):  
 .....  
 .....  
 Nom du référent.....  
 Prénom du référent.....  
 Qualité.....

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR / ORGANISME MEDICAL**

Je soussigné (e) (nom, prénom, qualité) .....

représentant la société : .....

siège social : .....

adresse de correspondance (adresse complète): .....

atteste que le déplacement demandé doit être effectué suivant le rythme indiqué pour les raisons suivantes :

.....

Cachet :

date :  
SIGNATURE