



Toutes
vos envies
de bouger !

**Besoin de plus d'informations ?
Retrouvez tous les services Ycéo :**

- sur l'application et le site internet
yceo-mobilite.fr
- ou dans nos agences commerciales
6 place Pierre Sépard
44600 Saint-Nazaire

Objet : Dossier d'inscription au service Ycéo Access

Madame, Monsieur,

Vous êtes titulaire d'une carte mobilité inclusion à 80% ou 50% (ou d'une carte d'invalidité équivalente), et vous souhaitez utiliser notre service Ycéo Access en raison d'un handicap qui vous empêche d'emprunter les lignes régulières du réseau Ycéo.

Saint-Nazaire Agglomération a déployé ces dernières années une politique d'accessibilité de son réseau régulier afin que chacun puisse l'utiliser de manière autonome et en toute liberté. Dans le cadre d'une réservation du service Ycéo Access, votre déplacement doit respecter certaines conditions :

- L'adresse doit être située à plus de 200m d'un arrêt de bus accessible.
- Le trajet doit être non-accessible par une ligne régulière.
- Le motif ne peut pas être d'ordre scolaire ou médical.

Dans le cadre de vos demandes de trajets à destination des médecins, kinés, centres de soins spécialisés avec une ALD (Affection Longue Durée), et lorsque votre état de santé ne permet pas ces déplacements par vos propres moyens en transport en commun, le service Ycéo Access ne peut pas y répondre. Dans ce cas, vous devez solliciter un bon de transport auprès d'un professionnel de santé pour avoir recours à un taxi conventionné.

De même, le service Ycéo Access offre une solution de transport, et ne peut pas être assimilé à un service d'aide à la personne.

Nous vous rappelons que pour utiliser le service Ycéo Access, vous devez posséder un titre de transport en cours de validité (abonnement ou formule post-paiement).

Afin que nous puissions vous proposer un service adapté à votre situation, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner le dossier ci-joint dûment rempli accompagné des pièces justificatives.

Une réponse vous sera adressée dans un délai de 15 jours ouvrés.

Notre équipe se tient à votre disposition pour toute demande d'information complémentaire.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le service Ycéo Access

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU SERVICE YCÉO ACCESS

Cadre réservé au service Liberty'Bus

Dossier reçu le _____

Traité le _____ par _____

QUI ÊTES-VOUS ?

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Email _____

VOUS AVEZ L'UNE DES CARTES SUIVANTES EN COURS DE VALIDITÉ

- ☐ Carte Mobilité Inclusion (CMI) Invalidité
- ☐ Carte Mobilité Inclusion (CMI) Priorité
- ☐ Carte invalidité 80% (avec ou sans besoin d'accompagnement)
- ☐ Carte priorité 50% pour personne handicapée



Si vous ne possédez pas l'une de ces cartes, vous ne pouvez pas accéder au service Ycéo Access

VOTRE AUTONOMIE

Pouvez-vous prendre seul(e) une réservation par téléphone ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous besoin d'être accompagné(e) par une personne à chaque trajet ?

☐ Oui ☐ Non

VOTRE HANDICAP

Nature de votre handicap : ☐ Moteur ☐ Visuel ☐ Neurologique

Voyagez-vous avec un fauteuil roulant : ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, est-il : ☐ Manuel ☐ Electrique ☐ Non pliable ☐ Pliable

Si votre fauteuil est pliable : pouvez-vous vous transférer seul(e)

de votre fauteuil vers un siège : ☐ Oui ☐ Non

Vous déplacez-vous avec un : ☐ Tri-scooter
☐ Chien guide ou d'assistance
☐ Appareil respiratoire de type extracteur
☐ Déambulateur

COORDONNÉES DE LA PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Lien avec le voyageur (ex : tuteur, famille, etc.) _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

RECUEIL D'INFORMATIONS MÉDICALES D'AUTONOMIE

(A faire compléter et signer par votre médecin traitant)

Cher médecin,

Le service Ycéo Access est réservé aux personnes à mobilité réduite n'ayant pas la capacité à utiliser les transports en commun sur les communes de Saint-Nazaire Agglomération.

Ce service de transport collectif, de porte à porte et sur réservation, est accessible de plein droit aux personnes titulaires de la carte mobilité inclusion 80% ou 50% (ainsi qu'aux bénéficiaires d'une carte invalidité 80% ou priorité 50%), délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Pour rappel, le service Ycéo Access ne se substitue pas aux ambulances et aux transports assis professionnalisés justifiant d'une prescription médicale de transport. Il ne peut également pas être assimilé à un service d'aide à la personne.

Nom du demandeur _____

Prénom du demandeur _____

Date de naissance du demandeur _____

● Est capable de se déplacer par ses propres moyens en transport en commun sans utiliser le service Ycéo Access :

☐ Oui

☐ Non

● Peut utiliser seul(e) le service Ycéo Access (sans porter atteinte à un tiers ou à lui/elle-même) :

☐ Oui

☐ Non

● Peut être laissé seul(e) sur la voie publique sans risque de mise en danger :

☐ Oui

☐ Non

Date _____

Signature + cachet du médecin :

Cette attestation est valable pour 2 années.

Elle devra être renouvelée à date échue afin de bénéficier à nouveau du service.

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR



Si vous ne cochez pas l'ensemble des cases, votre dossier ne pourra pas être pris en compte.

Je certifie sur l'honneur :

- ☐ que l'ensemble des renseignements fournis sont exacts
- ☐ m'engage à informer le service Ycéo Access de tout nouvel élément et/ou modification de ma situation
- ☐ avoir pris connaissance du règlement du service Ycéo Access et en accepter l'ensemble des clauses
- ☐ consentir à l'utilisation de mes données à caractère personnel dans le cadre de la charte dédiée Ycéo
- ☐ ne pas effectuer de réservation avec le service Ycéo Access si le motif de mon déplacement est :
 - d'ordre scolaire
 - lié à un transport effectué dans le cadre d'une ALD (Affection Longue Durée) à destination des médecins, kinés, centres de soins spécialisés. Ces transports font l'objet d'une prescription médicale de transport spécifique délivrée par un médecin pour une prise en charge par la CPAM (ou autre).

Date _____

Signature :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR CONSTITUER VOTRE INSCRIPTION

- ☐ Formulaire d'inscription complété et signé
- ☐ Recueil d'informations médicales d'autonomie complété et signé par votre médecin traitant
- ☐ Photocopie recto/verso de votre pièce d'identité
- ☐ Photocopie recto/verso de votre :
 - Carte Mobilité Inclusion Invalidité en cours de validité **OU**
 - Carte Mobilité Inclusion Priorité en cours de validité **OU**
 - Carte invalidité 80% en cours de validité **OU**
 - Carte priorité 50% pour personne handicapée en cours de validité
- ☐ Si vous n'avez pas de titre de transport en cours de validité, formulaire de souscription complété et signé

L'ADHÉSION AU SERVICE YCÉO ACCESS EST CONDITIONNÉ À :

- L'envoi d'un dossier d'inscription complet
- La souscription d'un titre de transport en cours de validité (abonnement ou formule post-paiement).

L'ENSEMBLE DE CES DOCUMENTS EST À NOUS RETOURNER À :

YCÉO - Service Ycéo Access
92 rue Henri Gautier
44600 Saint-Nazaire

Une réponse vous sera apportée sous 15 jours ouvrés.

SOUSCRIPTION D'UN TITRE DE TRANSPORT

DEMANDEUR

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

PAYEUR (SI DIFFÉRENT DU DEMANDEUR)

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone (obligatoire) _____

ABONNEMENTS (détail sur stran.fr)

	Mensuel valable 31 jours	Annuel 2 mois gratuits
☐ 26 -59 ans	41 €	410 €
☐ 60 ans et +	26,50 €	265 €
☐ 18 - 25 ans	23,50 €	235 €

- ☐ **OU FORMULE POST-PAIEMENT: 1,20 € par voyage**, plafonné à 41 € par mois.
Païement par **prélèvement** le 20 de chaque mois sur votre compte bancaire.

Les abonnements **4-11 ans** et **12-17 ans** sont éligibles au service Ycéo Access (hors trajets scolaires) ainsi que la **tarification solidaire** (se renseigner auprès d'Ycéo ou de votre CCAS).

Pièces justificatives à joindre à votre commande :

- une photo d'identité récente (qui sera restituée)
- une copie de justificatif de domicile de moins de 3 mois
- pour les prélèvements : un RIB et le mandat de prélèvement SEPA rempli

Mode de règlement pour les abonnements :

- ☐ le prélèvement mensuel : ☐ le 5 du mois ☐ le 15 du mois
☐ le règlement par chèque (à l'ordre de Régie STRAN)



A retourner avec votre commande accompagné d'un RIB



Mandat de prélèvement SEPA



ICS : FR50 222 422 418

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Stran et Saint-Nazaire Agglomération à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Stran.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat

NOM – PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM :

Adresse :

CP :

Ville :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN –

BIC –

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif : ☒

Paiement ponctuel : ☐

Fait à

Signature :

Le

Note : vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.