



FORMULAIRE D'INSCRIPTION MOBILI TILT

• **Coordonnées personnelles :**


Madame Monsieur

NOM :

Prénom : Date de Naissance : ... / ... / ...

Adresse :

Code Postal : Commune :

 : Mail :


• **Personne à contacter en cas de problème / Accompagnateur**

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

 : Mail :

• **Votre situation :**

- Titulaire d'une carte d'invalidité (CMI Invalidité 80 %)

- Agé de 80 ans (ou plus) et QF ≤ 1680

• **Vous utilisez :**

- Un fauteuil roulant manuel

- Un fauteuil roulant électrique

• **Adresse de facturation si différente**

.....
.....



• **Pièces à fournir :**

- Copie de la carte d'identité et / ou copie de la carte d'invalidité

- Attestation de Quotient Familial si plus de 80 ans

- Photo d'identité

Date :

Signature :