



DEMANDE DE CARTE D'ACCOMPAGNEMENT  
SOCIÉTÉ DE TRANSPORT DE LA VILLE DE LAVAL

**1- Identification de la personne requérante**

Date de naissance:  An  Mois  Jour

Sexe  F  M

Nom  Prénom

Numéro  Rue  App.

Municipalité  Province  Code postal

N° téléphone (domicile)  ( ) N° téléphone (travail)  ( )

**Si différente, identification de la personne qui complète et signe le formulaire**

Nom  Prénom

N° téléphone (domicile)  ( ) N° téléphone (travail)  ( ) Lien avec la personne requérante

**2- Engagement et signature de la personne requérante**

Comme titulaire d'une carte d'accompagnement de la STL, je m'engage à :

- présenter la carte d'accompagnement au moment d'acquitter mon droit de passage;
- informer la STL de tout changement d'adresse;
- informer sans délai la STL de la destruction, perte ou vol de la carte;
- ne pas permettre l'usage de la carte par une autre personne et
- retourner sans délai à la STL la carte si elle n'est pas utilisée.

« Je certifie que les renseignements donnés sont exacts et j'autorise la STL à communiquer avec le (la) professionnel(le) ayant attesté de la déficience pour obtenir plus d'informations relativement à la présente demande, si nécessaire ».

Signature de la personne requérante

Date

La carte d'accompagnement est émise par la STL. Pour toute demande d'information vous pouvez communiquer avec :

- le Service de transport adapté de la STL - (450) 662-8356 / (450) 662-8316 ou sur [www.stl.laval.qc.ca](http://www.stl.laval.qc.ca)
- le CLSC de votre quartier;
- le CRDITED de Laval - équipes de quartier;
- l'Association lavalloise des usagers du transport adapté (ALTA) - (450) 933-6101;
- l'Association lavalloise pour la déficience intellectuelle (ALDI) - (450) 972-1010;
- l'Association québécoise des traumatisés crâniens - (450) 978-4457;
- la Société de l'autisme et des T.E.D. (Laval) - (450) 622-2792;
- le Regroupement des aveugles et amblyopes du Montréal-Métropolitain - (514) 277-4401;
- l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) - 1-800-361-7063;
- l'Association montréalaise pour les aveugles - (514) 489-8201;
- l'Hôpital Juif de réadaptation - Services d'ergothérapie et de physiothérapie - (450) 688-9550;
- Centre ambulatoire - Programme ambulatoire de gériatrie - (450) 978-8363.

**PHOTOS À JOINDRE**

Veillez inclure deux photos de grandeur 3,0 cm x 3,5 cm (environ)

**ATTENTION : Voir attestation professionnelle au verso →**

### 3- Attestation professionnelle

Cette section doit être remplie par un(e) professionnel(le) de la santé et des services sociaux d'un des établissements suivants :

#### Pour la déficience intellectuelle

- le CLSC de votre quartier
- le Centre de réadaptation Normand-Laramée

#### Pour la déficience visuelle

- l'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)
- l'Association montréalaise pour les aveugles

#### Pour la déficience cognitive

- Centre ambulatoire - Programme ambulatoire de gériatrie
- l'Hôpital Juif de réadaptation - Services d'ergothérapie et de physiothérapie

Identifiez la ou les déficiences significatives et persistantes de la personne requérante :

Précisez les limitations fonctionnelles justifiant le besoin d'accompagnement à l'utilisation du réseau régulier du transport en commun :

- |  | OUI                      | NON                      |                  |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------|
| - Problème d'orientation dans le temps       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisez : _____ |
| - Problème d'orientation dans l'espace       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisez : _____ |
| - Problème relatif à sa sécurité personnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisez : _____ |
| - Problème de comportement                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisez : _____ |
| - Autres incapacités                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Précisez : _____ |

Je certifie, selon mon évaluation,

ou

J'atteste, selon le rapport d'évaluation qui m'a été transmis,

que les limitations fonctionnelles de M./Mme \_\_\_\_\_

justifient le besoin d'accompagnement lors de l'utilisation du réseau régulier du transport en commun en raison de la \_\_\_\_\_  
ou les déficiences identifiées.

Nom du professionnel

Profession

Nom du centre de réadaptation

N° téléphone

Signature du professionnel

**Faites parvenir ce formulaire à :**

Société de transport de Laval  
Service de transport adapté  
2250, avenue Francis-Hughes  
Laval (Québec) H7S 2C3

À l'usage de la STL seulement:

N° de carte : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Émise par : \_\_\_\_\_