



Demande de carte mobilité inclusion (CMI) pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Renseignements administratifs concernant le demandeur

Nom : N° de dossier :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Je demande le bénéfice de la carte mobilité inclusion (CMI)

Fait le :

Signature du demandeur

Signature du représentant légal (tuteur)

Partie réservée à l'administration (ne pas remplir)

Avis de médecin de l'équipe médico-sociale sur l'attribution de la CMI

- ☐ CI BA + CES
- ☐ CES
- ☐ CP
- ☐ CP + CES
- ☐ Refus

Durée :

Date : Nom du médecin :