

MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE
DIRECTION ADJOINTE TRAITEMENT DE LA
DEMANDE DE L'USAGER
Cité administrative
34 avenue Maunoury
41000 BLOIS



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 :