



**PRÉFET  
DU VAL-D'OISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES SOLIDARITÉS**

**Formulaire de demande de carte mobilité inclusion (CMI) pour les personnes morales**

Nature de la demande :  Première demande  Renouvellement

Raison principale :

Activité principale :

Service public de transport :  oui  non

Numéro SIRET :  Nom du responsable :

Adresse complète :

Code postal :  Commune :

Adresse complète de livraison (si différente de la précédente) :

Code postal :  Commune :

Mail de la personne morale:  @

Téléphone :

Profil du public transporté :  Personnes handicapées  Personnes âgées

Préciser le degré d'autonomie :  autonomes  usagers en fauteuil roulant  
 présentent des difficultés pour se déplacer à pied  
 besoin d'une tierce personne dans les déplacements autonomes

Régularité du service de transport effectué :   
(préciser la fréquence du service : quotidienne, hebdomadaire...)

Caractère collectif du transport (préciser le nombre de personnes transportées à chaque service) :

Catégorie du véhicule (voir annexe) :  véhicule de plus de 9 places  M1 mention « Handicap »  M1  N1

Immatriculation du véhicule concerné (joindre impérativement la carte grise):

Marque :  Modèle :  Nombre de places :

Retourner ce document accompagné des pièces suivantes (en fonction de votre situation) :



**PRÉFET  
DU VAL-D'OISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

photocopie de la carte grise recto/verso

extrait Kbis

photocopie des statuts

copie de l'avis de situation au répertoire SIRENE

justificatif d'autorisation de transport de personnes handicapées (arrêté préfectoral, agrément qualité, ...)

attestation d'aménagement du véhicule

photocopie du contrat de location pour les véhicules concernés

photocopie de l'attestation d'assurance

photocopie du contrôle technique

--	--