

Demande Carte Mobilité Inclusion

Nom du demandeur :

Prénom du demandeur :

Date de naissance :/...../.....

Nom de l'établissement :

CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI-Invalidité ? Oui Non

Souhaitez-vous bénéficier de la CMI-Stationnement ? Oui Non



Ne pas demander la/les CMI si vous êtes déjà titulaire d'une/des carte(s) équivalente(s) (carte invalidité, carte stationnement, carte priorité) accordée(s) à titre définitif ou arrivant à échéance au-delà de 6 mois.

Date

Signature du demandeur