

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE  
CARTE DE MOBILITE INCLUSION (CMI)  
Pour les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie\* (APA)**

**Renseignements concernant le demandeur :**

NOM (patronyme de naissance) :

.....

NOM (marital) :

.....

Prénoms :

.....

Date et lieu de naissance :

.....

Adresse :

.....

.....

N° de téléphone ou de portable :

.....

**Bénéficiez-vous actuellement ?**

D'une carte d'invalidité  D'une carte priorité  D'une carte de stationnement

Date de fin de validité ..... Illimitée

**Dans le cadre de ce dossier APA, souhaitez- vous la délivrance ?**

D'une CMI avec mention " invalidité " \* ou " priorité " \* OUI  NON

D'une CMI avec mention " stationnement pour personnes handicapées " \* OUI  NON

\* prévue à l'article à L. 241-3 du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles)

**Pièces à fournir :**

- S'il s'agit d'une demande de renouvellement : une copie de la carte ou des cartes déjà attribuées.
- La copie de la décision d'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.
- Un certificat médical.

Nom du signataire : .....

Le : ..... **Signature :**

\*Si vous bénéficiez de l'APA au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la carte mobilité inclusion (CMI) prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles comportant les mentions " invalidité " et " stationnement pour personnes handicapées ".

(Annexe 2-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles Modifié par Décret n°2016-1849 du 23 décembre 2016 – art.1)

**Adresse pour toute correspondance**  
Département de l'Ain - Direction Générale Adjointe Solidarité  
13 avenue de la Victoire - BP 50415 - 01012 BOURG-EN-BRESSE CEDEX

Numéro unique de téléphone : 30.01  
www.ain.fr

**CERTIFICAT MÉDICAL A REMPLIR PAR LE MEDECIN  
EN CAS DE DEMANDE DE CARTE DE MOBILITE INCLUSION (CMI)  
pour les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**

NOM patronyme de naissance du patient : .....

NOM marital : .....

Prénoms : .....

Date et lieu de naissance : .....

❖ A-t-il un appareillage des membres inférieurs ?  Oui  Non  
Lequel ? .....

Est-il adapté et/ou bien supporté ?  Oui  Non

Si non, pourquoi ? .....

❖ Utilise-t-il dans ses déplacements à l'extérieur :

Un fauteuil roulant  Toujours  Jamais  Parfois

Deux cannes béquilles  Toujours  Jamais  Parfois

Une canne  Toujours  Jamais  Parfois

Un déambulateur  Toujours  Jamais  Parfois

Une prothèse de jambe  Toujours  Jamais  Parfois

❖ Quel est le périmètre de marche (indispensable) ? : .....

La durée de marche possible sans pause ? : .....

❖ La station debout est-elle pénible ?  Oui  Non

❖ A-t-il besoin pour ses déplacements à l'extérieur de l'accompagnement permanent d'une tierce personne ?

Toujours  Jamais  Parfois

Du fait :

- D'une déficience mentale profonde :  Oui  Non

- D'une cécité :  Oui  Non

(Joindre les résultats d'un examen ophtalmologique)

- Autres déficiences, à préciser : .....

❖ A-t-il une réduction de son autonomie ou de sa capacité de marche du fait :

- D'une insuffisance respiratoire sévère :  Oui  Non

(Joindre EFR + gaz du sang)

- Autres déficiences, à préciser : .....

❖ Doit-il transporter un matériel encombrant nécessaire à ses déplacements ?

(Exemple : oxygénothérapie ambulatoire)

Oui  Non

Lequel ?

.....  
.....

**NB : Certificat donné en main propre au patient pour faire valoir ce que de droit.**

**Cachet : Date : Signature.**

**Adresse pour toute correspondance**

Département de l'Ain - Direction Générale Adjointe Solidarité  
13 avenue de la Victoire - BP 50415 - 01012 BOURG-EN-BRESSE CEDEX

Numéro unique de téléphone : 30.01

www.ain.fr