

**SERVICE DE TRANSPORT
POUR PERSONNES A MOBILITE REDUITE**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Mme Mlle M

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Atteste être atteint(e) d'un handicap moteur nécessitant un transport spécifique pour personnes à mobilité réduite.

Atteste que ce handicap moteur ne me permet pas d'utiliser les transports en commun de PERIBUS.

Fait à :

Le :

Signature :