

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR**

Mme M. Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Né(é) le : ..... A : .....

N° sécurité sociale : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

N° : ..... Rue : .....

Bâtiment : ..... N° d'appartement : ..... Escalier : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Email : .....

**Vous bénéficiez de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la Carte mobilité inclusion (CMI) comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées »**

**Souhaitez-vous demander la CMI mention « invalidité » ?** oui non

**Souhaitez-vous demander la CMI mention « stationnement pour personnes handicapées » ?** oui non

**Vous bénéficiez de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au titre du GIR 3 ou 4, l'évaluateur médico-social peut apprécier si votre situation justifie l'attribution de la mention « invalidité » ou « priorité » et/ou de la mention « stationnement pour personnes handicapées » de la CMI**

**Souhaitez-vous demander la CMI mention « invalidité » ou « priorité » ?** oui non

**Souhaitez-vous demander la CMI mention « stationnement pour personnes handicapées » ?** oui non

**PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR**

- S'il s'agit d'une demande de renouvellement (carte expirée), une copie de la carte ou des cartes déjà attribuées.
  
- S'il s'agit d'une demande de remplacement (carte perdue ou volée), une copie de la notification du droit.

**Date :** **Signature du demandeur :**

**Demande à adresser à :**  
**Direction de la Population Âgée et des Personnes Handicapées**  
**Service de la Population Âgée**  
**Bureau de l'évaluation et du développement**  
 Immeuble Verdi  
 8 à 22 rue du Chemin Vert  
 93000 BOBIGNY