



**MAISON  
DÉPARTEMENTALE DES  
PERSONNES  
HANDICAPÉES**

**Formulaire de demande de carte mobilité inclusion pour les bénéficiaires de  
l'allocation personnalisée d'autonomie classés en GIR 1 et 2**

∞∞∞∞∞∞∞∞∞

Annexe 2-9 de l'article 44 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015  
relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

**I. - Objet de la demande.**

Votre demande concerne la carte mobilité inclusion : (Merci d'entourer la réponse)

**Avec mention invalidité :** oui/ non

Si oui, s'agit-t-il d'une demande de renouvellement : oui/ non

**Avec mention stationnement :** oui/ non

Si oui, s'agit-t-il d'une demande de renouvellement oui/ non

**II. - Renseignements concernant le demandeur :**

Nom de naissance :

Nom d'épouse ou nom d'usage:

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Si vous avez déjà un numéro de dossier MDPH du VAR, précisez :

**Représentant légal :**

Tutelle     Curatelle     Curatelle renforcée     Jugement d'habilitation

Nom :

Adresse :

**III. - Pièces à fournir :**

- décision d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie en cours de validité