

# **Formulaire de demande de création d'une place de stationnement pour personnes handicapées**

(à compléter par le demandeur, en vue d'obtenir la création d'une place de stationnement réservée aux personnes handicapées).

**Ce document est à renvoyer au SERVICE MOBILITÉ de la Ville de Nivelles**

**Boulevard des Arbalétriers, 23 - 1400 NIVELLES**

**tél.: 067/88.22.39 - fax: 067/88.22.87 - courriel: mobilite@nivelles.be**

## **1. Coordonnées du demandeur :**

- Nom :.....
- Prénom.....
- Adresse : .....
- Lieu et date de naissance: .....
- Téléphone (fixe - GSM) :.....
- Numéro de registre national: .....Sexe :.....
- Carte PMR : N° ..... Validité .....
- Permis de conduire : N° ..... Délivré par .....

**> documents à annexer à la présente: copie de la carte spéciale de stationnement pour personnes handicapées + copie du permis de conduire.**

## **2. A propos du handicap :**

- Description sommaire du handicap : .....
- Très sérieuses difficultés à se déplacer pouvant résulter d'un grave handicap des membres inférieurs:
  - Oui  Non
- Si OUI, utilisation de:
  - Béquille(s)
  - Tribune
  - Déambulateur
  - Chaise roulante
  - Autre:.....
- Très sérieuses difficultés à se déplacer pouvant résulter d'un handicap contraignant gravement la mobilité de la personne à mobilité réduite:  Oui  Non
- Si OUI, affectations:
  - sur le plan cardiaque
  - sur le plan pulmonaire
  - Autre

**3. A propos du domicile :**

- Le domicile comporte un garage ou un parking privé exploitable par la personne à mobilité réduite:  
o Oui   o Non
- Si OUI, accessibilité   o réelle pour le demandeur (PMR)  
o pas envisageable pour le demandeur (PMR)
- Les difficultés pour trouver un emplacement de stationnement à proximité immédiate sont réelles:  
o Oui   o Non
- Le stationnement est déjà interdit par des dispositions légales :   o Oui   o Non
- La réservation d'un emplacement pour "personnes handicapées" compromet la sécurité de la circulation:  
o Oui   o Non
- Le domicile est situé dans une voirie où le stationnement alterné semi-mensuel est d'application:  
o Oui   o Non

**4. Coordonnées du véhicule :**

- La personne handicapée a la jouissance, à titre principal, d'un véhicule en qualité de conducteur OU est conduite par une personne habitant et domiciliée chez elle:   o Oui   o Non
- Si OUI, les caractéristiques sont les suivantes :  
Marque..... Type.....  
Plaque..... N° de châssis.....  
Longueur du véhicule (approx. En m).....  
Distance sollicitée pour la réservation (en m).....  
Pour véhicule sans permis (Achat le .....)  
Nombre de place(s) souhaité .....
- Conduit par la personne handicapée:   o Oui   o Non
- Si NON, conduit par.....(Nom & Prénom)

**5. Remarques éventuelles :**

.....  
.....  
.....

Les renseignements fournis sont certifiés exacts.

**L'agent traitant ,**

**Le demandeur,**

*(date + Signature)*

*(date + Signature)*