



LE DÉPARTEMENT

DGA SOLIDARITE

Direction des Politiques de l'Autonomie  
Service Prestations Autonomie

Pôle APA : ☎ 05 62 67 42 32

✉ [apa-a-domicile@gers.fr](mailto:apa-a-domicile@gers.fr)

## DEMANDE SIMPLIFIEE DE CMI

Carte Mobilité Inclusion

Article 241-3 du CASF

**POUR LES BENEFICIAIRES DE L'APA**

**Allocation Personnalisée d'Autonomie**

La Carte Mobilité Inclusion est accordée sur demande et en fonction du degré d'autonomie.

| DEMANDEUR                             |                 |
|---------------------------------------|-----------------|
| Nom de naissance : .....              | Adresse : ..... |
| Nom d'usage : .....                   | .....           |
| Prénom : .....                        | ☎ : .....       |
| Date de naissance : ...../...../..... | ✉ : .....@..... |

| PREMIERE DEMANDE DE CMI  |   |
|--|---|
| Votre demande concerne :   |   |
| • une CMI mention Stationnement  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • une CMI mention Priorité ou Invalidité   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE CMI   |   |
| Votre demande concerne :   |   |
| • une CMI mention Stationnement  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • une CMI mention Priorité ou Invalidité   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| ⇒ <a href="#">JOINDRE LA / LES COPIE(S) DE LA / DES CARTE(S) QUI ARRIVE(NT) A ECHEANCE</a> |   |

| Date              | Signature du demandeur ou de son représentant légal |
|-------------------|---|
| ...../...../..... |   |