



# Demande de carte

Coller  
votre photo

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Code postal | | | | | Ville \_\_\_\_\_

Téléphone | | | | | **Portable** | | | | |

E-mail : \_\_\_\_\_

Date de naissance | | | | | | | | | |

**Votre situation**

- 25 ans et moins\*                       26 ans et plus  
 Bénéficiaire de la CMU\*                 Bénéficiaire du RSA

*J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus.*

Date | | | | | Signature \_\_\_\_\_

Pour que votre dossier soit complet, veuillez joindre une photo d'identité.

\* Pour obtenir un abonnement tarif réduit, veuillez joindre également le ou les justificatifs nécessaires :

- Détenteur de la CMU : attestation CMU délivrée par la Sécurité sociale + justificatif d'identité
- Détenteur du RSA : attestation de droit + justificatif d'identité
- 25 ans et moins : justificatif d'identité