

✓ **Formulaire à remettre avec les justificatifs**

**à l'accueil du parking souterrain** situé

**Place de la République**

INSCRIPTION PROFESSIONNEL

# SERVICES À DOMICILE

\* Champs obligatoires

**Vos coordonnées** RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE\* .....

Adresse complète : .....

Code postal\* : ..... Ville\* : .....

RESPONSABLE DE SITE

Nom \* ..... Prénom \* .....

Téléphone \* ..... Adresse courriel .....

## Votre activité

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Électricité de bâtiment et chauffage électrique  | <input type="radio"/> Assainissement de locaux (nettoyage courant exclu)                             |
| <input type="radio"/> Chauffage, ventilation, climatisation  | <input type="radio"/> Médecins spécialisés en médecine générale                                      |
| <input type="radio"/> Plomberie, sanitaire, couverture, zinguerie, étanchéité  | <input type="radio"/> Infirmiers   |
| <input type="radio"/> Entretien de matériel thermique et frigorifique  | <input type="radio"/> Kinésithérapeutes  |
| <input type="radio"/> Pose de vitrerie, miroiterie   | <input type="radio"/> Pédiatres  |
| <input type="radio"/> Réparation d'ascenseurs, monte-charges et escaliers mécaniques                                     | <input type="radio"/> Aides-soignants  |
| <input type="radio"/> Installation et réparation de matériel téléphonique, interphone, signalisation optique et phonique | <input type="radio"/> Podologues   |
| <input type="radio"/> Systèmes de sécurité et d'alarme   | <input type="radio"/> Sages-femmes   |
| <input type="radio"/> Serrurerie   | <input type="radio"/> Professionnels des transports assis professionnalisés                          |
| <input type="radio"/> Réparation d'appareils électriques et électroménagers  | <input type="radio"/> Services d'hospitalisation à domicile  |
|  | <input type="radio"/> Prestataires de service aux personnes malades, âgées et handicapées à domicile |

## Votre abonnement

N° d'immatriculation des véhicules **L'abonnement n'est valable que pour les véhicules de moins de 3,5 tonnes**

1. .... 2. .... 3. ....

4. .... 5. ....

Il s'agit  d'un nouvel abonnement

d'un renouvellement abonnement

**Indiquez la date de fin de validité de votre abonnement actuel** .....

d'un changement d'immatriculation

**Indiquez le nouveau N° d'immatriculation du véhicule** .....

Je certifie l'exactitude des informations fournies

Date .....

Signature du demandeur : .....

*Pièces à fournir  
au verso*

CAEN.FR @

# PIÈCES JUSTIFICATIVES

Merci de joindre vos justificatifs ✓

au dossier d'abonnement

professionnel

Services à domicile

## ○ Documents à présenter pour bénéficier de l'abonnement

### Artisan-réparateur

**Carte grise du véhicule** établie en nom propre ou en nom de société du siège ou de ses établissements secondaires

**Extrait du registre du commerce et des sociétés (K.Bis) de moins de 3 mois** délivré par le greffe du Tribunal de commerce **OU** l'**extrait d'immatriculation au registre des métiers** (extrait D1) de moins de 3 mois délivré par la Chambre des métiers et de l'artisanat

**Extrait d'identification au répertoire national des entreprises** délivré par l'Insee (N° de Siren ou Siret) ou, à défaut :

- l'**attestation justifiant de l'activité professionnelle** délivrée par la Chambre des métiers,
- l'**extrait d'inscription au répertoire des métiers** délivré par la Chambre des métiers.

**Bordereau de cotisations à l'URSSAF**

**Déclaration sur l'honneur du nombre de salariés et de véhicules** de l'établissement visé, spécialement affectés à la maintenance, à la réparation et à l'entretien, hors activité de construction

### Professionnels médicaux et paramédicaux

**Carte grise au même nom que les justificatifs** (documents cités ci-dessous)

**Bordereau de cotisations à l'URSSAF** (pour les infirmiers, podologues, aides-soignants, sages-femmes, orthophonistes, kinésithérapeutes)

**Carte de l'ordre des médecins** (pour les médecins spécialisés en médecine générale / médecins pédiatres)

**Attestation CPAM avec le n° de conventionnement** (pour les transports assis personnalisés)

**Attestation d'assurance du véhicule à usage professionnel**

**Copie des justificatifs de moins de 12 mois attestant des visites à domicile et de la domiciliation du cabinet de médecine générale**

### Services d'hospitalisation à domicile

**Autorisation de l'ARS** d'exercer l'activité de soins de médecine sous forme d'hospitalisation à domicile sur la ville de Caen

**Carte grise au nom de l'établissement de santé**

**Attestation d'assurance du véhicule à usage professionnel**

### Prestataires de service aux personnes malades, âgées et handicapées à domicile

**Carte grise au même nom que les justificatifs** (documents cités ci-dessus)

**Agrément administratif de l'association ou de l'entreprise**

**Attestation d'assurance du véhicule à usage professionnel**

**Attestation de l'employeur** spécifiant que l'employé utilise son véhicule personnel dans le cadre de son activité professionnelle, si tel est le cas

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer la gestion des résidents du domaine public. Le destinataire des données est la Mairie de Caen, direction de la voirie, gestion de l'espace public, ainsi que le prestataire informatique. Vos données sont conservées trois mois au-delà de la fin de votre contrat d'abonnement. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679, dit Règlement Général sur la Protection des Données, vous pouvez obtenir communication des données vous concernant en vous adressant par courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité, au délégué à la protection des données : - par courrier à Mairie de Caen - M. Le délégué à la protection des données - Esplanade Jean-Marie Louvel - 14027 Caen cedex 9 - ou par mail à l'adresse dpo@caen.fr