



1. Fiche de mission

Date	
Mission n°	
Chauffeur	
Nom / Initiales du bénéficiaire	
Mandataire / Famille / Établissement	
Téléphone	
Adresse de prise en charge	
Destination	
Heure prévue	
Type de prise en charge	
Fauteuil roulant ☐ Oui ☐ Non	
Aide à la marche ☐ Oui ☐ Non	
Personne anxieuse / besoins spécifiques	
Consignes particulières	



2. *Suivi de la prise en charge*

- ☐ Personne prête au départ
- ☐ Présentation et vérification de l'identité
- ☐ Installation sécurisée dans le véhicule
- ☐ Fauteuil / ceinture correctement arrimés
- ☐ Accompagnement jusqu'au service ou à l'accueil
- ☐ Attente sur place
- ☐ Retour effectué
- ☐ Personne remise à un proche / établissement

Prise en charge

Arrivée destination	
Départ retour	
Fin de mission	

Observations



3. Compte rendu d'accompagnement

Résumé de la prestation :

Informations transmises :

- ☐ Famille
- ☐ Mandataire
- ☐ Établissement
- ☐ Aucune

Signature chauffeur	Signature donneur d'ordre (si applicable)