



**Transport scolaire des élèves et étudiants en situation de handicap Année 2018/2019**

**2018**

**Dossier à retourner accompagné de la notification MDPH avant le 30 juin 2018.**

**ELEVE**

**Nom ........................................................................................**

P**rénom ………………………………………………………………………………….**

Date de naissance :

Sexe : ❑ Féminin ❑ Masculin

Statut : ❑Interne ❑ Demi-pensionnaire

**L’élève possède-t-il un fauteuil roulant ?**

❑ Non

❑ Oui, ***Si tel est le cas, de quel type de fauteuil s’agit-il*** ?

 ❑ Pliant

 ❑ Non pliant / ❑ Electrique

**Nom**

P**rénom**

Date de naissance

Sexe : ❑ Féminin ❑ Masculin

Statut : ❑Interne ❑ Demi-pensionnaire

**L’élève possède-t-il un fauteuil roulant ?**

❑ Non

❑ Oui, ***Si tel est le cas, de quel type de fauteuil s’agit-il*** ?

 ❑ Pliant

 ❑ Non pliant

 ❑ Electrique

**Nom**

P**rénom**

Date de naissance

Sexe : ❑ Féminin ❑ Masculin

Statut : ❑Interne ❑ Demi-pensionnaire

**L’élève possède-t-il un fauteuil roulant ?**

❑ Non

❑ Oui, ***Si tel est le cas, de quel type de fauteuil s’agit-il*** ?

 ❑ Pliant

 ❑ Non pliant

 ❑ Electrique

**SCOLARITE ET SOUHAITS DE TRANSPORT**

**Nom de l’établissement : …………………………………………………………………………………………………………………………..**

Commune de l’établissement : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Classe : ……………………………………..

**Type de prise en charge souhaitée *(Votre demande sera dans tous les cas étudiée par les services du Département avant application)***

❑ Transport adapté en taxi (collectif ou individuel selon notification de la MPDH)

❑Transport en véhicule personnel (indemnisation à hauteur de 0.50 € TTC par kilomètre en charge)

**Besoins souhaités :**

**Lundis** **Mardis** **Mercredis Jeudis** **Vendredis**

❑ Aller ❑ Retour ❑ Aller ❑ Retour ❑ Aller ❑ Retour ❑ Aller ❑Retour ❑ Aller ❑Retour

***Attention:*** *Vous voudrez bien nous faire parvenir l’emploi du temps de votre enfant dès connaissance de ce dernier par voie postale ou en vous connectant sur votre espace personnel. Si votre enfant bénéficie de prises en charge extérieures (IME, SESSAD Orthophoniste…), vous voudrez bien les indiquer précisément.*

**DEUXIEME ADRESSE SI DIFFERENTE (A remplir en cas de garde alternée ou de famille d’accueil)**

**❑ Garde alternée ❑ Famille d’accueil**

**(Joindre planning)**

**❑ Madame ❑ Monsieur**

**Nom ………………………………………………………………..**

**Prénom ……………………………………………………………**

Adresse : N° …………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

Code postal ………………… Ville…………………………………………………..

Téléphone fixe :……………………………………………………………………………..

Téléphone mobile : ………………………………………………………………………..

E-mail :……………………………………………………………………………………………

**REPRESENTANT LEGAL**

**❑ Madame ❑ Monsieur**

**Nom …………………………………………………….**

**Prénom ………………………………………………..**

Adresse : N°……………………………………………………………………..........

…………………………………………………………………………………………………

Code postal ………………….. Ville ……………………………………………

Téléphone fixe : ……………………………………..................................

Téléphone mobile : ………………………………………………………………...

E-mail : …………………………………………………………………………………..

**J’atteste sur l’honneur l’exactitude des informations.**

**Date Signature**