

**TRANSPORTS ADAPTES AU TITRE DU HANDICAP**

**Demande de prise en charge de transport**

**⚠ En cas de demande communiquée tardivement ou de fiche incomplète, l’organisation du transport ne sera pas garantie pour le jour de la rentrée.**

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ELEVE** |

NOM de l’élève :  Sexe : M[ ]  F [ ]

Prénom de l’élève :  Né(e) le : (JJ/MM/AAAA)

NOM du Resp. légal :  Prénom : 

Adresse: 

Code postal :  Ville : 

Tél. fixe :  Tél. port. : 

E-mail : 

Autre adresse :

[ ]  Garde alternée [ ]  En famille d’accueil [ ]  En foyer [ ]  Logement étudiant

NOM :  Prénom : 

Adresse: 

Code postal :  Ville : 

Tél. fixe :  Tél. port. : 

E-mail : 

Votre enfant est-il en situation de handicap reconnu par la Maison Départemental des Personnes Handicapées (MDPH) ? [ ]  Oui [ ]  Non

Est-il en capacité de prendre le transport en commun seul ? [ ]  Oui [ ]  Non

Nécessité d’avoir un fauteuil roulant [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, préciser : [ ]  fauteuil manuel [ ]  fauteuil pliable [ ]  fauteuil électrique

Précisions utiles pour le transport (ambulance assise, allongé, véhicule aménagé, autre) :



|  |
| --- |
| **ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE POUR L’ANNEE DEMANDEE** |

Nom de l’établissement scolaire : 

Adresse : 

Classe suivie : [ ]  Ecole primaire [ ]  Collège [ ]  Lycée[ ]  Etude supérieur / En ULIS : [ ]  Oui [ ]  Non

[ ]  Autre, Préciser : 

Régime : [ ]  Demi-pensionnaire [ ]  Externe [ ]  Interne

Jours de scolarité : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

cocher chaque demi-journée Matin [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

de présence en cours Soir [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Horaires : Lu :  Ma :  Me :  Je :  Ve : 

Distance domicile/ établissement scolaire : km (aller simple)

|  |
| --- |
| **AUTRES RENSEIGNEMENTS** |

|  |
| --- |
| **- Le premier représentant légal** à une activité professionnelle : [ ]  Oui [ ]  Non  |
| Si oui précisez le nom de l’employeur et le lieu de travail :  |
| horaires de travail |
| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | vendredi |
|  |  |  |  |  |
| Possède-t-il le permis de conduire ? [ ]  Oui [ ]  Non Une voiture personnelle ? [ ]  Oui [ ]  Non**- Le deuxième représentant légal** à une activité professionnelle : [ ]  Oui [ ]  Non  |
| Si oui précisez le nom de l’employeur et le lieu de travail :  |
| horaires de travail |
| Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | vendredi |
|  |  |  |  |  |

*Frères et sœurs de l’élève*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom  | Né(e) le | Ecole et classe fréquentée |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Possède-t-il le permis de conduire ? [ ]  Oui [ ]  Non Une voiture personnelle ? [ ]  Oui [ ]  Non

|  |
| --- |
| **MODALITES DE PRISE EN CHARGE DU TRANSPORT SCOLAIRE** |

Pour l’année 2020/2021 (n-1) :

Moyen de transport utilisé : 

Pour l’année 2021/2022 :

1. **Vous avez la possibilité de transporter par vos propres moyens votre enfant à son établissement scolaire :**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si vous avez cette possibilité de transport, merci de joindre un Relevé d’Identité Bancaire (RIB), pour le remboursement des frais kilométriques.

***Simulation à titre indicatif de l’indemnisation forfaitaire (trimestrielle) pour les familles***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Montant de l’indemnisation kilométrique  | Pour un kilométrage aller domicile –établissement  | Montant du versement trimestriel aux familles  | Montant du versement annuel aux familles |
| 0.24 € / km | 5 km | 132 € / trimestre | 396 € / an |
| 0.24 € / km | 10 km | 264 € / trimestre |  792 € / an |
| 0.24 € / km | 15 km | 396 € / trimestre | 1188 € / an |
| 0.24 € / km | 20 km | 528 € / trimestre | 1584 € / an |

Le transport est limité à un aller et retour par jour (sauf avis médical différent agréé par les services de la MDPH). Simulation sur la base de 55 jours par trimestre. Le montant de l’indemnité journalière sera recalculé selon le nombre réel de trajet.

En cas d’impossibilité d’assurer la totalité des transports, veuillez cocher les cases correspondant à vos disponibilités.

 Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Matin [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Soir [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

1. **Si vous êtes dans l’impossibilité de transporter votre enfant vers son établissement scolaire, merci d’expliquer les raisons :**



Signature du représentant légal :

|  |  |
| --- | --- |
| Date :  | *Conformément aux articles 38 à 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent.* |