

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DU TRANSPORT DES ELEVES
OU ETUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP**

Elève	Parents ou Représentant Légal
NOM DE L'ÉLÈVE : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____	NOM : _____ PRÉNOM : _____ ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____ N° DE TÉL FIXE : _____ N° DE TÉL PORTABLE : _____ ADRESSE E-MAIL : _____
AIDE SOCIALE À L'ENFANCE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE D'ACCUEIL : NOM : _____ PRÉNOM : _____	ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____ N° DE TÉLÉPHONE : _____ N° DE TÉL PORTABLE : _____ ADRESSE E-MAIL : _____

L'élève doit-il être transporté avec un fauteuil roulant : oui non
 Si OUI, s'agit-il d'un fauteuil électrique : oui non
 L'élève est-il transporté dans son fauteuil : oui non

SCOLARITÉ DE L'ÉLÈVE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : _____
 COMMUNE DE L'ÉTABLISSEMENT : _____
 CLASSE FRÉQUENTÉE : _____
 Précisez s'il s'agit d'une classe CLIS ULIS SEGPA

JOINDRE SI POSSIBLE LA COPIE DE LA DÉCISION D'AFFECTATION DE L'ÉLÈVE EN CLASSE SPÉCIALISÉE (CLIS, ULIS, SEGPA)

REGIME :

- INTERNE (1 aller-retour/semaine)
 INTERNE/EXTERNÉ ou SEMI-INTERNE (2 allers-retours/semaine)
 DEMI-PENSIONNAIRE (1 aller-retour par jour)
 EXTERNE (1 aller-retour/jour ou 2 allers-retours/jour selon les recommandations de la MDPH)

Jours et fréquences d'utilisation des transports : (Par défaut, les horaires d'ouverture et de fermeture de l'établissement scolaire seront ceux retenus)

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
* matin (Aller)	____ H ____	____ H ____	____ H ____	____ H ____	____ H ____	____ H ____
* midi (Retour)	____ H ____	____ H ____	____ H ____	____ H ____	____ H ____	____ H ____
* après-midi (Aller)	____ H ____	____ H ____	____ H ____	____ H ____	____ H ____	
* soir (Retour)	____ H ____	____ H ____	____ H ____	____ H ____	____ H ____	

Précisions complémentaires :

DATE : _____

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL :

La demande de transport doit être renvoyée directement à
 Département du PAS-DE-CALAIS - Direction de la mobilité et des transports - Service Gestion des Transports
 Hôtel du Département - Rue Ferdinand Buisson - 62018 ARRAS CEDEX 9
 Pour toute demande de renseignements, contacter le 03 21 21 67 62 ou le 03 21 21 67 63

Elève	Parents ou Représentant Légal
NOM DE L'ÉLÈVE : _____	NOM : _____
PRÉNOM : _____	PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____	ADRESSE : _____
SEXE : <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ	_____
ADRESSE : _____	CODE POSTAL : _____
_____	COMMUNE : _____
CODE POSTAL : _____	N° DE TÉL FIXE : _____
COMMUNE : _____	N° DE TÉL PORTABLE : _____
	ADRESSE E-MAIL : _____
AIDE SOCIALE À L'ENFANCE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ADRESSE : _____
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE D'ACCUEIL :	_____
NOM : _____	CODE POSTAL : _____
PRÉNOM : _____	COMMUNE : _____
	N° DE TÉLÉPHONE : _____
	N° DE TÉL PORTABLE : _____
	ADRESSE E-MAIL : _____

SCOLARITÉ DE L'ÉLÈVE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : _____
 COMMUNE DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

CLASSE FRÉQUENTÉE : _____
 Précisez s'il s'agit d'une classe CLIS ULIS SEGPA

JOINDRE SI POSSIBLE LA COPIE DE LA DÉCISION D'AFFECTATION DE L'ÉLÈVE EN CLASSE SPÉCIALISÉE (CLIS, ULIS, SEGPA)

RÉGIME :

- INTERNE (1 aller-retour/semaine)
 INTERNE/EXTERNÉ ou SEMI-INTERNE (2 allers-retours/semaine)
 DEMI-PENSIONNAIRE (1 aller-retour par jour)

Jours et fréquences d'utilisation des transports : (Par défaut, les horaires d'ouverture et de fermeture de l'établissement seront ceux retenus)

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
* matin (Aller)	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____
* midi (Retour)	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____
* après-midi (Aller)	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	
* soir (Retour)	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	_____ H _____	

Précisions complémentaires :

DATE : _____

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL :

La demande de transport accompagnée de la pièce justificative demandée doit être renvoyée directement à
 Département du PAS-DE-CALAIS - Direction de la mobilité et des transports - Service Gestion des Transports
 Hôtel du Département - Rue Ferdinand Buisson - 62018 ARRAS CEDEX 9
 Pour toute demande de renseignements, contacter le 03 21 21 67 62 ou le 03 21 21 67 63