

Transport scolaire des élèves et étudiant.e.s en situation de handicap

Demande de prise en charge

 Imprimé complété à retourner au Conseil départemental avant le / /
 ⚠ Tout imprimé non complet sera réexpédié à la famille

| Élève | |
|---|--|
| NOM : Prénom : Né.e le : N° de dossier MDPH : Précisions utiles sur le transport de l'élève : Nature du handicap : <input type="checkbox"/> Moteur avec fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil pliable <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique <input type="checkbox"/> Visuel <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Autre, préciser : Carte d'invalidité avec besoin d'accompagnement : <input type="checkbox"/> Oui (fournir une copie) <input type="checkbox"/> Non | |
| Représentant(s) de l'élève | Autre situation avec adresse différente |
| NOM, Prénom : Adresse : Code postal : Commune : Téléphone fixe : Téléphone mobile : Courriel : @ | <input type="checkbox"/> Garde alternée* <input type="checkbox"/> En famille d'accueil <input type="checkbox"/> En foyer *joindre la copie du jugement de divorce et le planning de garde NOM, Prénom : Adresse : Code postal : Commune : Téléphone fixe : Téléphone mobile : Courriel : @ |
| Souhait de scolarité pour la prochaine rentrée scolaire | |
| Dénomination de l'établissement scolaire : Commune : <input type="checkbox"/> École primaire, en ULIS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> Collège, en ULIS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> Lycée, en ULIS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre, préciser : Type de scolarité : <input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel, préciser : Régime : Interne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non si oui, précisez <input type="checkbox"/> un Aller/Retour par semaine ou <input type="checkbox"/> deux Allers/Retours par semaine | |
| Votre demande concerne (un seul choix possible) | |
| <input type="checkbox"/> Le remboursement des frais de transport : <input type="checkbox"/> Frais kilométrique en voiture individuelle <input type="checkbox"/> Car <input type="checkbox"/> Train | <input type="checkbox"/> Le transport adapté (Taxi Collectif) |

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'élève, certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande et accepte le règlement transport joint.

Fait à : le

 Signature **OBLIGATOIRE**
 du représentant légal ou tuteur

 À RETOURNER AU Conseil départemental du Finistère • DRID - Unité Transport scolaire adapté • 2 Bis rue de Kerhuel
 CS 29029 - 29196 QUIMPER Cedex • Courriel : st.hand@finistere.fr