

# 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 : ..... @ .....
À la prochaine rentrée scolaire, vous serez scolarisé(e)	
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 Transports élèves handicapés • 2 Bis rue de Kerhuel  
 CS 29029 - 29196 QUIMPER Cedex • Courriel : st.hand@finistere.fr