

Elève / Etudiant

Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Date de naissance : <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 60%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Carte Mobilité Inclusion , si oui fournir une copie	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant → <input type="checkbox"/> manuel <input type="checkbox"/> pliable <input type="checkbox"/> électrique <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Handicap visuel → <input type="checkbox"/> chien guide <input type="checkbox"/> Handicap auditif <u>Précisions utiles pour le transport</u>
---	---

Représentant(s) de l'élève / étudiant

<input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> grands-parents <input type="checkbox"/> famille d'accueil <input type="checkbox"/> foyer Noms : <input style="width: 90%;" type="text"/> / <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénoms : <input style="width: 90%;" type="text"/> / <input style="width: 90%;" type="text"/> Adresse : Code postal : <input style="width: 20%;" type="text"/> Commune : <input style="width: 80%;" type="text"/> ☎ Fixe : <input style="width: 90%;" type="text"/> / <input style="width: 90%;" type="text"/> Portable : <input style="width: 90%;" type="text"/> / <input style="width: 90%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Courriel : <input style="width: 90%;" type="text"/> <u>Semaines de présence de l'élève</u> semaine : <input type="checkbox"/> paire <input type="checkbox"/> impaire	Autre situation : En cas de garde alternée joindre la copie du jugement de divorce <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> grands-parents <input type="checkbox"/> famille d'accueil <input type="checkbox"/> foyer Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Adresse : Code postal : <input style="width: 20%;" type="text"/> Commune : <input style="width: 80%;" type="text"/> ☎ Fixe : <input style="width: 90%;" type="text"/> / <input style="width: 90%;" type="text"/> Portable : <input style="width: 90%;" type="text"/> / <input style="width: 90%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Courriel : <input style="width: 90%;" type="text"/> Semaine de présence de l'élève semaine : <input type="checkbox"/> paire <input type="checkbox"/> impaire
--	--

Scolarité

Ecole Collège Lycée **ULIS :** Oui Non **SEGPA :** Oui Non

Souhait(s) d'établissement(s) :

Commune(s) :

Type de scolarité envisagé : Temps complet Temps partiel

Régime : Demi-pensionnaire Oui Non Interne Oui Non → 1 a/r par semaine 2 a/r par semaine

Cochez les cases quand l'enfant est présent dans l'établissement et indiquez les heures de début et fin de cours si possible

	Exemple	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	X 9h30-12h00					
Après-midi	Pas cours					

Type de transport

<input type="checkbox"/> Le remboursement des frais kilométriques : → <input type="checkbox"/> en voiture personnelle <input type="checkbox"/> en car <input type="checkbox"/> en train	OU	<input type="checkbox"/> Le transport adapté (Taxi collectif)
--	-----------	---

Si le transport ne peut être assuré par la famille, précisez les raisons (OBLIGATOIRE) :

.....

.....

Je soussigné(e) M/Mme,
 Né(e) le : / /

Responsable légal(e) de l'élève / étudiant, certifie l'exactitude des renseignements demandés.
 La signature de la présente demande vaut acceptation du règlement de transport consultable sur le site Internet du Département.

Fait à Le / /

Signature **OBLIGATOIRE**
du représentant légal ou tuteur

À RETOURNER au Conseil départemental du Finistère – DPAPH, Unité Transport Scolaire Adapté
32 boulevard Duplex CS 29029 – 29196 QUIMPER Cedex – Courriel : st.hand@finistere.fr