Demande de transport scolaire en véhicule de moins de dix places

Identité de l'élève:

Nom: Prénom:

Sexe: ☐ M ☐ F Date de Naissance: |_|_|_|_|_|_|

Joindre obligatoirement la notification d'avis de droit au transport scolaire de la MDPH

Représentant légal:

Nom: Prénom:

Adresse:

CP: |_|_|_|_|_| Commune:

Téléphone fixe: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone mobile: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel:

Lieu de prise en charge (si différent du domicile du représentant légal):

☐ Assistante maternelle / Garderie ☐ Famille d'accueil ☐ Foyer d'hébergement ☐ Autre:

Nom: Prénom:

Adresse:

CP: |_|_|_|_|_| Commune: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone fixe: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone mobile: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel:

Scolarité: cachet de l'établissement scolaire (obligatoire) :

Etablissement scolaire:

Adresse:

Classe fréquentée:

Véhicule aménagé ☐ oui ☐ non

Rythme de prise en charge (cocher les cases) Attention: droit à deux trajets par jour

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin aller						
Midi retour						
Après-midi aller						
Soir retour						

Le représentant légal déclare avoir pris connaissance du « contrat de bonne conduite » ci-joint, et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande d'inscription. Le règlement départemental du transport scolaire pour les élèves et étudiants handicapés et consultable sur le site www.meurthe-et-moselle.fr

Date : **Signature :**

Demande à retourner dûment complétée, joindre l'avis transport -Décision CDAPH à:

Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle
DGA Solidarités - Pôle Ressources Unité Transports - 48, Esplanade Jacques Baudot - CO 90019 - 54035 NANCY cedex
Courriel : transport@departement54.fr