|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande de transport scolaire**  **pour un élève ou étudiant en situation de handicap** |

***Si cette demande n’est pas complète, elle ne pourra être étudiée et vous sera retournée.***

|  |
| --- |
| **S’agit-il :**  d’une première demande  d’un renouvellement  d’une modification  D’un stage de …………………………………… à ……………………………………… (merci de noter les dates) |

|  |
| --- |
| **Elève ou étudiant concerné :**  Nom : ………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………..  N° de dossier MDPH …………………………………………………  Adresse de l’élève ou étudiant : ………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Préciser l’autre adresse si garde alternée :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Représentants légaux** | | |
| Représentant légal N°1 | Représentant légal N°2 | |
| Nom : ………………………………………………………………  Prénom : ……………………………………………………………  Adresse : ……………………………………………………………  Code postal : ……………………………………………………..  Commune : ………………………………………………………..  Tél : ……………………………………………………………………  Mail : ………………………………………………………………… | Nom : …………………………………………………………………  Prénom : ……………………………………………………………  Adresse : ……………………………………………………………  Code postal : ……………………………………………………..  Commune : ………………………………………………………..  Tél : ……………………………………………………………………  Mail : ………………………………………………………………… | |
| **Situation actuelle** | | **Situation future** | |
| Année scolaire : 20…../20.....  Ecole Collège Lycée Université  Autres  ; précisez …………………………………………….  Classe actuellement suivie par l’élève : ……………..  Est scolarisé dans son établissement scolaire de référence (votre secteur)  Nom de l’établissement : ……………………………………………………………………………  N’est pas scolarisé dans son établissement scolaire de référence  Nom de l’établissement :……………………………………………….  Externe Demi-pensionnaire Interne  **Horaires de scolarisation de l’enfant :** | | Année scolaire : 20…../20.....  Ecole Collège Lycée Université  Autres  ; précisez …………………………………………...  Classe qui sera suivie par l’élève : ………………………  Sera scolarisé dans son établissement scolaire de référence (votre secteur)  Nom de l’établissement : …………………………………………………………………………  Ne sera pas scolarisé dans son établissement scolaire de référence  Nom de l’établissement :……………………………………………….  Externe Demi-pensionnaire Interne  **Horaires de scolarisation de l’enfant :** | |

|  |
| --- |
| **Le besoin de transport adapté** |
| **Il existe un transport collectif entre le domicile et le lieu de scolarisation :**  bus de ville bus scolaire Bus de ramassage pour les écoliers Autres : ………………………………  **Votre enfant ne peut pas le prendre ; pour quelles raisons :**  les horaires ne correspondent pas accessibilité difficile pour votre enfant  âge et manque d’autonomie autres : ………………………….……………………………………………  **S’il n’existe pas de transport collectif entre le lieu de domicile et le lieu de scolarisation, pouvez-vous assurer le transport de votre enfant ?** OUI NON ; pourquoi :…………………………………………………..  **Type de transport souhaité pour votre enfant :**  Besoin d’un véhicule aménagé : OUI NON  Si oui, précisez l’aménagement nécessaire : ………………………………………………………………………………………  Nombre d’allers et retours par jour et nombre de jours par semaine : ………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **Date et signature :**  ***Merci de transmettre cette demande à l’adresse ci-dessous ou de la joindre au dossier MDPH.*** |