|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 modificationD’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 référenceNom 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 référenceNom 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 NONSi 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.*** |