



Partie élève ou étudiant

Nom : Prénom :

Date de Naissance : Etablissement scolaire :

Commune d'habitation : Classe :

1^{ère} demande Renouvellement

Partie réservée à l'administration

Dossier complet Dossier incomplet

Secteur : Date de retour :

Demande de prise en charge

Tout imprimé incomplet sera systématiquement retourné et pourra entraîner un retard dans le traitement de votre dossier. Cette demande n'implique pas une prise en charge automatique du transport par le Département des Alpes de Haute Provence. La prise en charge ne sera accordée qu'après examen favorable du dossier par le service.

Pensez à retourner votre demande avant le :

Le Département des Alpes de Haute-Provence prend en charge le transport scolaire des élèves et étudiants en situation de handicap, selon les modalités du Règlement Départemental du Transport scolaire des Elèves et Etudiants en Situation de Handicap accessible sur www.mondepartement04.fr

Pour en bénéficier vous devez :

1. Compléter ce dossier,
2. Joindre à ce dossier :
 - La copie des pièces justificatives d'identité, (enfant, parents)
 - La copie de l'affectation scolaire
 - Justificatif de domicile
3. Adresser le dossier complet par courrier à l'adresse suivante : Conseil Départemental – Service Vieillesse Handicap – 13 rue du Docteur Romieu – CS 70216 – 04995 DIGNE LES BAINS CEDEX.

Demande de prise en charge du transport scolaire

A compléter avec le plus grand soin et EN MAJUSCULES par le demandeur (l'élève ou l'étudiant si il est majeur, son représentant légal si il est mineur)

	Nom	Prénom	Téléphone (obligatoire)
Père			
Mère			
Demandeur lui même			

Domicile légal (obligatoire)

Adresse :

.....

.....

CP : Ville :

Mail :

Nom du correspondant :

Représentant légal : Oui Non

- Famille d'accueil - Foyer

Autre adresse (juridiquement établie) ou autre correspondant

Adresse :

.....

.....

CP : Ville :

Mail :

Nom du correspondant :

Représentant légal : Oui Non

- Famille d'accueil - Foyer

Activité professionnelle des parents : (préciser les coordonnées)

Père :

.....

Mère :

.....

L'un des parents dépose -t-il son enfant à l'école en allant ou en revenant au travail ? Oui Non

Etablissements fréquentés par les autres enfants du foyer (frère, sœur et famille d'accueil) :
(préciser les coordonnées obligatoirement)

.....

.....

.....

Quel adulte sera présent à l'extérieur du domicile à l'aller et au retour de l'élève mineur : (préciser le nom, prénom, lien de parenté et numéro de téléphone personnel et professionnel)

ALLER :

.....

RETOUR :

.....

En cas de garde alternée des parents :

Semaine paire : Père Mère

Semaine impaire : Père Mère

Toute demande de changement de calendrier doit être faite 15 jours à l'avance, pour être pris en compte.

Informations utiles pour la mise en place du transport adapté

Nature de l'handicap : Moteur Intellectuel Visuel Auditif

Troubles du langage et de la parole Autre (préciser) :

Précisez les précautions à prendre pour la prise en charge de votre enfant pendant le trajet :

.....
.....
.....

Aides techniques utilisées :

L'élève se déplace-t-il en fauteuil : oui non

Précisez s'il s'agit d'un fauteuil : Manuel Electrique Pliable Non Pliable

L'élève peut-il quitter son fauteuil et monter seul dans le véhicule ? oui non

L'élève a-t-il un appareillage spécifique : oui non

(coquilles, appareil de verticalisation,...) à préciser

Indiquez les précisions utiles pour le transport de l'élève ou étudiant : (*en dehors des données de santé relevant du secret médical*) :

.....
.....

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e) – (l'élève ou l'étudiant lui-même s'il est majeur, ou son représentant légal s'il est mineur)

Nom : Prénom :

◆ Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés,

◆ Déclare avoir pris connaissance du règlement départemental des transports scolaires des élèves et étudiants handicapés (consultable sur le site internet : mondépartement04.fr) , m'engage à en respecter les termes et en accepte les conditions.

A Le

Signature des parents ou tuteurs

Nom(s) Prénom(s) si l'élève est mineur

Signature de l'élève ou de l'étudiant

(si il est majeur)

Pour toute information vous pouvez me joindre au : 04.92.30.07.66

Le lundi matin et le jeudi matin jusqu'au 13 juillet 2022

Dossier à retourner obligatoirement par courrier

tout dossier incomplet vous sera retourné

A retourner a l'adresse suivante :

Conseil départemental des Alpes de Haute-Provence

Pôle Solidarités – Service Vieillesse Handicap

13 Rue du Docteur Romieu – CS 70216

04995 DIGNE LES BAINS Cedex 9

ANNEXE 1

TRANSPORT SCOLAIRE DES ELEVES DE PLUS DE 10 ANS ET ETUDIANTS HANDICAPÉS*

DECHARGE PARENTALE POUR L'ANNEE SCOLAIRE 20../20..

Cette décharge parentale est une autorisation donnée au conducteur afin de laisser seul(e) l'élève devant le domicile de dépose pour tout enfant de plus de 10 ans.

ELEVE :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté :

.....

REPRESENTANT LEGAL :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

- ◆ Je reconnais que mon enfant a toutes les capacités pour rentrer et rester seul à mon domicile ;
- ◆ Je dégage le Département des Alpes de Haute-Provence de toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident de quelque nature qui interviendrait avant la montée ou après la descente du véhicule ;
- ◆ Je renonce à tout recours éventuel à l'encontre du Département des Alpes de Haute-Provence.

Fait à, le

Signature du représentant légal

***Dans l'éventualité où l'enfant ne serait pas accueilli par l'adulte référent, le transporteur est autorisé à déposer l'enfant à la gendarmerie ou au poste de police le plus proche, en informant les représentants légaux et le service vieillesse-handicap.**

ANNEXE 2

Partie à Remplir par l'établissement scolaire (à renvoyer avant le 15 septembre de l'année en cours)

Scolarité de l'élève (Obligatoire)

Nom Elève : Année Scolaire :
Décision affectation : Connue En attente
Nom de l'établissement :
Code Postal : Ville :

Classe
Fréquentée

Primaire : Collège* : Lycée* : Enseignement supérieur*

Ulis école Ulis Collège Ulis Lycée

CP SEGPA Seconde

CE1 6eme Première

CE2 5^{ème} Terminale

CM1 4^{ème} CAP

CM2 3^{ème} Bac Pro

**Fournir un certificat de scolarité pour l'année en cours*

Qualité : Externe Demi Pensionnaire Interne

Planning de l'élève

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Heure début de cours					
Heure fin de cours					

Rappel : Les circuits de transports adapté pour les élèves et étudiants handicapés sont établis en fonction des horaires des établissements scolaires, et non en fonction des emplois du temps individuels des élèves et étudiants handicapés ou de leurs représentants légaux..

Scolarité Partagée :

L'enfant quitte-t-il l'école pour des soins médicaux sur le temps scolaire (Kiné, Orthophonie, SESSAD, Psychologue ...) ? Oui NON

Rappel : Le Département est compétent uniquement pour prendre en charge les frais de transports du domicile vers l'établissement scolaire.

Cachet de l'établissement

A....., le
Signature