



### Partie élève ou étudiant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Etablissement scolaire de l'année en cours : .....

Commune d'habitation : ..... Etablissement scolaire de la prochaine rentrée : .....

Classe : .....

Externe                       Interne

1<sup>ère</sup> demande                       Renouvellement

### Partie réservée à l'administration

Dossier complet                       Dossier incomplet

Secteur : ..... Date de retour : .....

### Demande de prise en charge

La demande doit être complétée entièrement pour que le dossier soit traité dans les meilleurs délais. Cette demande n'implique pas une prise en charge automatique du transport par le Département des Alpes de Haute-Provence. Après étude de votre dossier, une notification d'accord ou de rejet vous sera adressée.

## **Dossier à retourner rempli et signé avant le 15 juin 2024 :**

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](http://www.mondepartement04.fr)

### **Pour en bénéficier vous devez :**

1. Compléter ce dossier,
2. Pièces à joindre :
  - La copie des pièces justificatives d'identité (de l'enfant, des parents ainsi que le livret de famille)
  - La copie de l'affectation scolaire (merci de renvoyer le dossier avant le 15 juin et l'affectation dès réception)
  - Justificatif de domicile (de moins de trois mois)
3. Adresser le dossier complet par courrier ou par mail :
  - Adresse postale : Conseil Départemental - Service Vieillesse Handicap - 13 rue du Docteur Romieu CS 70216 - 04995 DIGNE LES BAINS CEDEX
  - Adresse mail : transports.scol@le04.fr

## 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) + Adresse mail
Père			
Mère			

Êtes-vous véhiculés :  Oui  Non

### Domicile légal (obligatoire)

Adresse : .....

.....

.....

CP : ..... Ville : .....

Mail : .....

Nom du correspondant : .....

Représentant légal :  Oui  Non

Si non :  Famille d'accueil  Foyer

### Autre adresse (juridiquement établie) ou autre correspondant

Adresse : .....

.....

.....

CP : ..... Ville : .....

Mail : .....

Nom du correspondant : .....

Représentant légal :  Oui  Non

Si non :  Famille d'accueil  Foyer

### Activité et adresse professionnelle des parents (préciser les coordonnées obligatoirement)

Père : .....

.....

Mère : .....

.....

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

.....

.....

.....

L'un des parents dépose-t-il un ou plusieurs enfants à l'école ?  Oui  Non

Si oui, le nom de l'établissement : .....

### 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 prise en compte.**

## Informations utiles pour la mise en place du transport adapté

### 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) :

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

Indiquez si, dans la semaine, le transport adapté de votre enfant n'est pas nécessaire (votre enfant doit effectuer des soins et part en VSL, un grand-parent vient le chercher...) :

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

## 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](http://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 nous joindre au :**

**Du lundi au vendredi de 09h00 à 16h00**

**Tél. : 04 92 30 07 66**

**Mail : [transports.scol@le04.fr](mailto:transports.scol@le04.fr)**

**Dossier à retourner par courrier ou par mail**

**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte**

**Adresse postale :**

**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**

**Adresse mail :**

**[transports.scol@le04.fr](mailto:transports.scol@le04.fr)**

# ANNEXE 1

## **TRANSPORT SCOLAIRE DES ÉLÈVES DE PLUS DE 10 ANS ET ÉTUDIANTS HANDICAPÉS\* DÉCHARGE PARENTALE POUR L'ANNÉE 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 que celui-ci intervient 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 de l'élève : ..... Année scolaire : .....

Décision affectation :  Connue  En attente

Nom de l'établissement : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

#### Classe fréquentée :

- |                                     |   |                                     |   |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Primaire : | <input type="checkbox"/> Collège :        | <input type="checkbox"/> Lycée :    | <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur |
| <input type="checkbox"/> Ulis école | <input type="checkbox"/> Ulis collège     | <input type="checkbox"/> Ulis lycée |   |
| <input type="checkbox"/> CP         | <input type="checkbox"/> SEGPA            | <input type="checkbox"/> Seconde    |   |
| <input type="checkbox"/> CE1        | <input type="checkbox"/> 6 <sup>ème</sup> | <input type="checkbox"/> Première   |   |
| <input type="checkbox"/> CE2        | <input type="checkbox"/> 5 <sup>ème</sup> | <input type="checkbox"/> Terminale  |   |
| <input type="checkbox"/> CM1        | <input type="checkbox"/> 4 <sup>ème</sup> | <input type="checkbox"/> CAP        |   |
| <input type="checkbox"/> CM2        | <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> | <input type="checkbox"/> BAC Pro    |   |

### Horaires de l'établissement

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

**Rappel** : Les circuits de transport 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.

Cachet de l'établissement

Fait à ....., le .....

Signature