

DEMANDE D'ALLOCATION INDIVIDUELLE DE TRANSPORT

POUR LES ELEVES DEMI-PENSIONNAIRES ET EXTERNES

VOIR EXPLICATIONS AU VERSO**CADRE A COMPLETER PAR LE RESPONSABLE DE L'ELEVE**

NOM DE L'ELEVE : _____ PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|
 ADRESSE : _____
 CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| COMMUNE : _____
 RESPONSABLE DE L'ELEVE : _____ Père ☐ Mère ☐
 TELEPHONE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| PORTABLE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 COURRIEL : _____ @ _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements
 inscrits sur la présente demande.

SIGNATURE :Je joins un RIB récent au nom du responsable ci-dessus**CADRE A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT**

NOM DE L'ETABLISSEMENT FREQUENTE : _____
 COMMUNE : _____ TELEPHONE : _____
 CLASSE : _____ SECTION : _____ OPTION : _____
 L'ELEVE A-T-IL COURS : LE MERCREDI ☐ LE SAMEDI ☐
 QUALITE : INTERNE ☐ EXTERNE ☐ DEMI-PENSION ☐ INTERNE/EXTERNE ☐
 LANGUES VIVANTES : LV1 : _____ LV2 : _____ LV3 : _____

NOMBRE DE JOURS D'ABSENCE DE L'ELEVE AU
 COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE ECOULEE
 _____ JOURS

DATE : le ____ / ____ / 20 ____

**VISA ET CACHET DU CHEF
 D'ETABLISSEMENT**

CADRE A COMPLETER PAR LE RESPONSABLE DE L'ELEVE ET A CONTROLER PAR L'ORGANISATEUR DES TRANSPORTS SCOLAIRES DU SECTEUR

DISTANCE : DOMICILE - ETABLISSEMENT FREQUENTE _____ KM (si aucun transport en commun)
OU DISTANCE : DOMICILE - POINT D'ARRET : _____ KM

POINT D'ARRET DU TRANSPORT EN COMMUN LE PLUS PROCHE
 DU DOMICILE (Si un transport en commun existe) :

COMMUNE : _____ LIEU DIT : _____

☐ L.R. ☐ S.N.C.F. ☐ CIRCUIT SPECIAL

TRANSPORTEUR : _____ N° _____

DATE : le ____ / ____ / 20 ____

**VISA ET CACHET
 DE L'AO2**

CADRE RESERVE AU DEPARTEMENT

☐ REFUS MOTIF A PRECISER : _____
☐ CALCUL DE L'ALLOCATION INDIVIDUELLE DE TRANSPORT POUR L'ANNEE SCOLAIRE 20 ____ / 20 ____
 _____ km x _____ ck x _____ jours = _____ €