



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE TRANSPORT

ELEVE OU ETUDIANT HANDICAPE

ANNEE SCOLAIRE : 20...../20.....

Joindre impérativement l'avis de la CDAPH¹ au présent formulaire à retourner à :

Département de l'Oise - Bureau des transports scolaires

1 Rue Cambry-CS 80941 60024 BEAUVAIS CEDEX

Contact : transport.scolaire.handicap@oise.fr ☎ 03 44 06 63 59 - 03 44 10 70 26 - 03 44 10 70 61

TYPE DE LA DEMANDE :

Première demande Renouvellement

Je souhaite assurer le transport de mon enfant selon les dispositions prévues au règlement départemental des élèves et étudiants handicapés

OU

Je souhaite solliciter la mise en place d'un service de transport adapté collectif

IDENTITE DE L'ELEVE

(Ecrire en lettres d'imprimerie)

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) le : ___/___/_____ Sexe : M F

ADRESSE DE PRISE EN CHARGE

ADRESSE : _____

CP : 60 _____

COMMUNE : _____

Tél (fixe) : _____ Mobile _____

Courriel :@.....

Garde alternée OUI* NON

*Si oui indiquer la fréquence : _____ et compléter ci-dessous les adresses des deux représentants légaux.

COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL 1

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____

PRENOM : _____

Qualité : Père Mère

Tuteur Famille d'accueil

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : 60 _____

COMMUNE : _____

Tél (fixe) : _____

Mobile : _____

Courriel : _____

.....@.....

COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL 2

SI DIFFERENTE DU REPRESENTANT LEGAL 1

Civilité : Madame Monsieur

NOM : _____

PRENOM : _____

Qualité : Père Mère

Tuteur Famille d'accueil

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : 60 _____

COMMUNE : _____

Tél (fixe) : _____

Mobile : _____

Courriel : _____

.....@.....

ETABLISSEMENT FREQUENTE

(Ecrire en lettres d'imprimerie)

- ECOLE COLLEGE LYCEE UNIVERSITE

NOM DE L'ETABLISSEMENT : _____

ADRESSE : _____ CP : _____ COMMUNE : _____

CLASSE : _____ QUALITE : DEMI-PENSIONNAIRE OU EXTERNE INTERNE

NOM DE L'ENSEIGNANT REFERENT MDPH : _____

DISPOSITIF ULIS : OUI NON

JOURS ET FREQUENCE DE TRANSPORT DE L'ELEVE

- JOURNALIER HEBDOMADAIRE

- LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI SAMEDI

Scolarisation partielle oui* non * Si oui préciser : _____

Merci d'indiquer tout autre renseignement qui pourrait être utile et faciliter le transport de votre enfant : (Exemple : fauteuil non transférable, malade en voiture, médicamenté, transport couché...etc.)

Ces renseignements seront communiqués au transporteur

Les informations recueillies sont nécessaires à l'instruction de votre demande d'inscription au transport scolaire. Elles sont confidentielles et sont destinées uniquement à la gestion du transport de votre enfant. Elles sont informatisées, ainsi conformément à l'article 39 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne physique justifiant de son identité a le droit d'interroger le responsable d'un traitement de données à caractère personnel en en faisant la demande à :

Conseil départemental de l'Oise – Direction des Infrastructures et des transports-CS 80941 60024 BEAUVAIS CEDEX.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement départemental des élèves et étudiants handicapés disponible sur www.oise-mobilite.fr (Réseaux > Réseau interurbain du CD60 > Élèves handicapés)

Date et signature du demandeur

¹ CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CADRE RESERVE AU SERVICE DES TRANSPORTS

N° Intervention : _____

Demande acceptée

Demande refusée

Motif du refus : Ligne de transport en commun directe existante

Scolarisation dans la commune de résidence

Commentaires : _____

