



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE TRANSPORT

ÉLÈVE OU ETUDIANT HANDICAPÉ

ANNÉE SCOLAIRE : 20...../20.....

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

Département de l'Oise – Service des transports

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

¹CDAPH = Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

TYPE DE LA DEMANDE :

Je souhaite assurer le transport de mon enfant avec mon véhicule personnel en bénéficiant d'une indemnisation kilométrique (selon barème du règlement en vigueur)

(un imprimé à faire viser par l'établissement scolaire vous sera adressé ultérieurement)

OU

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

OU

Je souhaite solliciter le remboursement des frais pour les déplacements assurés dans des véhicules exploités par des tiers

(sur présentation de factures acquittées selon les conditions fixées au règlement en vigueur)

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

(écrire en lettres d'imprimerie)

Nom :

Prénom :

Né(e) le : Sexe : M F

ADRESSE DE PRISE EN CHARGE

Adresse :

CP : 60.....

Commune:

Tél (fixe):

Courriel :@.....

Garde alternée : OUI* NON *Si oui indiquer la fréquence : et compléter ci-dessous les deux adresses

COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL 1

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Qualité : Père Mère Tuteur Famille d'accueil

Adresse :

CP : 60..... Commune:

Tél (fixe): Tél mobile :

Courriel :@.....

COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL 2 SI DIFFÉRENTE DU REPRÉSENTANT LÉGAL 1

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Qualité : Père Mère Tuteur Famille d'accueil

Adresse :

CP : 60..... Commune:

Tél (fixe): Tél mobile :

Courriel :@.....



ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ

(écrire en lettres d'imprimerie)

Ecole Collège Lycée Université

Nom de l'établissement :

Adresse :

Classe : Qualité : demi-pensionnaire ou externe interne

Nom de l'enseignant référent MDPH :

Dispositifs ULIS : Oui Non

JOURS ET FRÉQUENCE DE TRANSPORT DE L'ÉLÈVE

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.)

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

Les renseignements ci-dessus seront communiqués au transporteur

« Vos données personnelles font l'objet d'un traitement. Conformément au règlement n°2016/679, dit règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ses données personnelles. Ces données sont conservées conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez adresser toute demande concernant vos données personnelles par voie électronique à l'adresse mail delegue-rgpd@oise.fr ou en écrivant au :

Conseil Départemental de l'Oise à l'attention du Délégué à la Protection des Données-1 rue Cambry 60000 Beauvais. »

Je déclare avoir pris connaissance du règlement départemental des élèves et étudiants handicapés disponible sur <http://www.oise.fr/guide-des-aides/aide/transports-scolaires-du-conseil-departemental-deloise/>

Je m'engage à signaler, dans les plus brefs délais, tout changement au service des transports, pour un déménagement, un arrêt de scolarité ou un changement d'établissement transport.scolaire.handicap@oise.fr

Pour les stages transports-mdph@oise.fr

Date et signature du demandeur