

ANNEE SCOLAIRE : 20 / 20

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

OU DISTANCE : DOMICILE - ETABLISSEMENT FREQUENTE _____ KM (si aucun transport en commun)
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 = _____ €