la Charente Maritime ouvre de nouveaux horizons

Nom : .....

Prénom : .....

❑ 1re Demande

❑ Renouvellement : ❑ avec modification

❑ sans modification (adresse et établissement identiques à 2016-2017)

Transport scolaire de la Charente-Maritime

Demande de prise en charge élève ou étudiant en situation de handicap 2017-2018

Pensez à retourner votre demande **avant le 1er juillet 2017 !**

Transport scolaire de la Charente-Maritime

élève ou étudiant en situation de handicap

Le Département de la Charente-Maritime prend en charge le transport scolaire des élèves et étudiants en situation de handicap, selon les modalités du Règlement Départemental du « transport scolaire des élèves et étudiants handicapés ».

Pour en bénéficier vous devez :

1/ complèter ce **dossier**, « Partie famille » ci-contre et « Partie médecin Traitant » ci-dessous,

2/ joindre à ce dossier : - la **copie de la notification MDPH** en cours de validité,
- la **copie de l'affectation spécifique** du Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale pour les élèves avec une orientation spécialisée,

3/ adresser le dossier complet **AVANT LE 1er JUILLET 2017** à :

DÉPARTEMENT DE LA CHARENTE-MARITIME - *Direction de la Mobilité et des Transports*
85 bd de la République - CS 60003
17076 LA ROCHELLE CEDEX 9

Après examen du dossier de demande de prise en charge, le Département vous notifie sa décision.

Prise en charge du transport scolaire 2017-2018 — Partie médecin traitant

à compléter obligatoirement par le médecin traitant de l'élève ou de l'étudiant

Aptitudes de l'élève / l'étudiant

Considérant son handicap, l'élève / l'étudiant : Nom :.....Prénom : .....

- ❑ n'est pas suffisamment autonome pour emprunter les transports en commun
- ❑ est suffisamment autonome pour emprunter les transports en commun ;

> **son niveau d'autonomie :**
- ❑ lui permet de prendre les transports en commun sans condition
- ❑ lui permet de prendre les transports en commun à condition :
  - ❑ d'être accompagné
  - ❑ d'être conduit à l'arrêt
  - ❑ que le trajet soit sans correspondance
  - ❑ que le trajet n'excède pas un temps de transport en commun de …… minutes
  - ❑ autres conditions :.....

.....

Commentaires du médecin traitant (en dehors des données de santé relevant du secret médical) : .....

.....

.....

À ..... , le .....

Nom, signature et cachet du médecin traitant :
(OBLIGATOIRE)

Partie famille

Demande de prise en charge du transport scolaire 2017-2018

à compléter avec le plus grand soin et EN MAJUSCULE par le demandeur
(l'élève ou l'étudiant s'il est majeur, son représentant légal s'il est mineur)

Identité de l'élève ou de l'étudiant

Nom _____

Prénom _____ Sexe : M ❑ F ❑

Date de naissance _____ N° de dossier MDPH _____

Identité et coordonnées du représentant légal ou de l'étudiant

Obligatoire

M. ❑ Mme. ❑

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Commune : .....

Tél. fixe : .....

Tél. portable : .....

E-mail : .....

Facultatif (autre représentant légal)

M. ❑ Mme. ❑

Nom : .....

Prénom : .....

Tél. portable : .....

Autre adresse

❑ Garde alternée (joindre le planning)

❑ Placement en famille d'accueil ou foyer (joindre justificatif ASE)

❑ Déménagement, envisagé à la date du : .....

❑ Autre : .....

M. ❑ Mme. ❑

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Prénom : .....

E-mail : .....

Tél. fixe : .....

Tél. portable : .....

Autres renseignements

- L'élève / étudiant utilise-t-il :

❑ un fauteuil roulant ❑ un fauteuil roulant pliable ❑ autre (préciser).....

❑ un fauteuil roulant électrique ❑ un déambulateur .....

- L'élève / étudiant peut-il monter seul dans un véhicule et en descendre seul ?

❑ oui ❑ non

- Indiquer les précisions utiles pour le transport de l'élève / étudiant (en dehors des données de santé relevant du secret médical) : .....

.....

Suite du formulaire

Autres renseignements (suite)

• Situation professionnelle des représentants légaux (ne pas compléter en cas d'accueil chez un assistant familial) :

	Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
	❑ sans emploi ❑ travaille à temps partiel ❑ travaille à temps complet	❑ sans emploi ❑ travaille à temps partiel ❑ travaille à temps complet
Nom de l'employeur		
Lieu de travail		
Téléphone		
Jours de travail	L M M J V ❑ ❑ ❑ ❑ ❑	L M M J V ❑ ❑ ❑ ❑ ❑
Horaires de travail		
Dispose d'un véhicule personnel	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non

• Autres enfants scolarisés et résidant à la même adresse que l'élève ou l'étudiant :

Nom	Prénom	Date de naissance	École fréquentée

Scolarité de l'élève

Nom et adresse de l'établissement:.....

.....

• Classe fréquentée en 2017-2018 : ❑ CLIS ❑ ULIS ❑ Ordinaire

❑ Maternelle ❑ CP ❑ CE1 ❑ CE2 ❑ CM1 ❑ CM2 ❑ 6e ❑ 5e ❑ 4e ❑ 3e

❑ 2nde ❑ 1re ❑ Term ❑ Enseignement professionnel ❑ Études Supérieures

• Qualité : ❑ Demi-pensionnaire ou externe ❑ Interne

• Jours de scolarité et horaires :

❑ Lundi	❑ Mardi	❑ Mercredi	❑ Jeudi	❑ Vendredi
de ….h…. à ….h….	de ….h…. à ….h….	de ….h…. à ….h….	de ….h…. à ….h….	de ….h…. à …h…

Je soussigné(e) ..... : (l'élève ou l'étudiant lui-même s'il est majeur, ou son représentant légal s'il est mineur).

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés,
- déclare avoir pris connaissance du réglement pour le transport scolaire des élèves et étudiants handicapés (consultable sur le site Internet ***charente-maritime.fr***) et m'engage à en respecter les termes.

À ....., le..... .

Signature des parents ou tuteurs
(si élève mineur)

Signature de l'élève ou de l'étudiant
(si élève majeur)

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Correspondant Informatique et Libertés du Département de la Charente-Maritime par courrier électronique à l'adresse cil@charente-maritime.fr ou en lui adressant un courrier en justifiant de votre identité à l'adresse suivante : Département de la Charente-Maritime – Correspondant Informatique et Libertés (CIL) - 85 boulevard de la République – CS 60003 – 17076 La Rochelle Cedex 9.
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Département de la Charente-Maritime - Mai 2017 | Illustrations © Adn

charente-maritime.fr
Département de la Charente-Maritime
85, boulevard de la République - CS 60003
17076 La Rochelle Cedex 9
Tél. 05 46 31 70 00