



**TRANSPORTS SCOLAIRES
ELEVES ET ETUDIANTS HANDICAPES
ANNEE SCOLAIRE 20.... / 20**

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – 1^{ère} DEMANDE

A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR :

ÉLÈVE - ETUDIANT

Nom, prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

(en cas de changement sur l'adresse et/ou le(s) numéro(s) de téléphone, merci de compléter ci-après) :

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

ANNÉE SCOLAIRE 20...../20.....

Nom et adresse de l'établissement scolaire ou universitaire fréquenté :

Milieu Ordinaire

ULIS ECOLE

ULIS COLLEGE

Classe : _____

Qualité : Demi – pensionnaire

Interne

Trajet à effectuer de _____ à _____

Fréquence du transport : indiquer les horaires si possible

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Aller							
Retour							

TRANSPORT

L'élève est-il en capacité d'utiliser les transports en commun si service existant (bus, train)

OUI NON

L'élève est en fauteuil :

- manuel pliant

OUI NON

- électrique ou imposant non pliant

OUI NON

Autre matériel à transporter (scolaire ou médical ou autre) : _____

Les trajets scolaires de l'élève ou étudiant peuvent-ils être assurés par la famille ? OUI NON

Distance exacte entre domicile et établissement scolaire : _____

PARENTS – TUTEUR – REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse électronique (courriel) :

(en cas de changement d'adresse, de(s) numéro(s) de téléphone ou de courriel, merci de compléter ci-après) :

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone fixe (OBLIGATOIRE) : _____ Téléphone portable : _____

Adresse électronique (courriel) : _____

CADRE RESERVE A LA MDA :

AVIS DE LA MDA DU _____

FAVORABLE

Élève relevant d'un transport sur service adapté

Élève capable d'emprunter les transports en commun, de se déplacer à pied ou en fauteuil (sous réserve de réseau accessible)

Élève transporté en véhicule personnel (ouvrant droit à une Indemnité) *

Type de transport : _____

Périodicité : _____

Pour la période du : _____

DEFAVORABLE

A Valence, le

(* Si vous transportez votre enfant avec votre véhicule personnel, vous pourrez percevoir une indemnité)

Formulaire d'inscription à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :

MAISON DEPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

Parc de Lautagne

42 C, avenue des Langories

BP 145

26905 VALENCE CEDEX 9

Téléphone : 04.75.79.70.09