

DEMANDE D'ALLOCATION INDIVIDUELLE DE TRANSPORT

POUR LE ELEVES DEMI-PENSIONNAIRES ET EXTERNES

VOIR EXPLICATIONS AU VERSO

1 CADRE A COMPLÉTER PAR LE RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE	
NOM DE L'ÉLÈVE :	PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
ADRESSE :	
CODE POSTAL : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	COMMUNE :
NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE :	
TÉLÉPHONE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	QUALITÉ : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Date : Signature	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements inscrits sur la présente demande.	
Je joins un RIB récent au nom du responsable ci-dessus	

2 CADRE A COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ :	
COMMUNE :	TELEPHONE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CLASSE :	SECTION : OPTION : L'ELEVE A-T-IL COURS LE MERCREDI <input type="checkbox"/>
	LE SAMEDI <input type="checkbox"/>
QUALITÉ : interne <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> demi-pension <input type="checkbox"/> interne/externe <input type="checkbox"/>	
LANGUES VIVANTES : LV1	LV 2 LV 3
LANGUES ANCIENNES : latin <input type="checkbox"/> grec <input type="checkbox"/>	DATE : le / /
NOMBRE DE JOURS D'ABSENCE DE L'ÉLÈVE AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE ÉCOULÉE	VISA ET CACHET DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT
..... JOURS	

3 CADRE A COMPLÉTER PAR LE RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE ET A CONTROLER PAR L'ORGANISATEUR DES TRANSPORTS SCOLAIRES DU SECTEUR	
DISTANCE : DOMICILE - ETABLISSEMENT FRÉQUENTÉ	KM (si aucun transport en commun)
OU DISTANCE : DOMICILE - POINT D'ARRET :	KM
POINT D'ARRET DU TRANSPORT EN COMMUN LE PLUS PROCHE DU DOMICILE (si un transport en commun existe)	DATE : le / /
Commune : Lieu dit :	VISA ET CACHET DE L'AO2
<input type="checkbox"/> L.R. <input type="checkbox"/> L.R.F. <input type="checkbox"/> S.N.C.F. <input type="checkbox"/> CIRCUIT SPECIAL	
TRANSPORTEUR : N°	

4 CADRE RÉSERVÉ AU DÉPARTEMENT	
ÉLÈVE A MOINS DE 3 KM REFUS <input type="checkbox"/>	
AUTRE CAS DE REFUS <input type="checkbox"/>	A PRECISER
ÉLÈVE A PLUS DE 3 KM <input type="checkbox"/>	
CALCUL DE L'ALLOCATION INDIVIDUELLE DE TRANSPORT POUR L'ANNÉE SCOLAIRE : /	
..... km x , x jours = €	
PLAFOND <input type="checkbox"/> LR	<input type="checkbox"/> MAXI

CHEMINEMENT DE LA DEMANDE

- 1) **CADRES 1 ET 3 :** A compléter par le responsable de l'élève

- 2) **CADRE 2 :** A faire compléter par l'établissement scolaire fréquenté par l'élève

PUIS

- 3) Remettre la demande à l'organisateur des transports scolaires du secteur qui vérifie la distance et transmet la demande au Département de la Haute-Savoie.

Si vous ne connaissez pas l'organisateur des transports scolaires de votre secteur, contactez votre Mairie.

N.B. : FOURNIR UNE DEMANDE POUR CHAQUE ELEVE ET POUR CHAQUE ANNEE SCOLAIRE

RETOUR DES DEMANDES AVANT FIN AVRIL