

*** TOUTE DECLARATION INCOMPLETE OU ERRONEE ENTRAINERA LA NULLITE DE LA DEMANDE ***

Année Scolaire 20.... / 20....
Renouvellement ou 1^{ère} Demande

Cette demande est à adresser en 2 exemplaires .

Pour tout renseignement, vous êtes invités à contacter le
Référént de Scolarité dont dépend votre enfant.

Coordonnées du Référént de Scolarité

▪ **PARTIE A REMPLIR PAR LES PARENTS**

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance de l'élève :/...../.....

Si séparation des parents, le mode de résidence est-il alterné ? OUI NON

Adresse (s) de résidence de l'élève à la rentrée prochaine :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ELEVE :

Nom :

N° de téléphone :

Adresse :

Nom :

N° de téléphone :

Adresse :

L'élève bénéficie-t-il d'une AEEH ? OUI NON

(si dossier transféré par autre département, joindre une copie de la notification de la C.D.A.P.H.)

Autres enfants à charge

Prénom	.....	.....	.....	.....
Nom	.....	.....	.....	.....
Né (e) le	.....	.....	.....	.....
Est scolarisé(e)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Etablissement scolaire à la rentrée prochaine (Nom et commune)	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Classe	.....	.....	.....	.....

Situation professionnelle des parents

	MERE	PERE
Travail à plein temps	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Travail à temps partiel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nom et Adresse de l'employeur	...............	...............
Peut accompagner l'élève avec un véhicule personnel (indemnité kilométriques)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Peut accompagner l'élève en transport en commun	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Arrive t-il à l'élève d'utiliser les transports en commun ?

Seul(e) : OUI NON

Accompagné(e) : OUI NON

Si NON, pour quels motifs ?

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

Ces renseignements sont certifiés exacts le :

Signature du responsable légal :

* TOUTE DECLARATION INCOMPLETE OU ERRONEE ENTRAINERA LA NULLITE DE LA DEMANDE *

PARTIE A REMPLIR PAR L'EQUIPE DE SUIVI DE LA SCOLARITE, REUNIE LE .../...../.....

Prénom et nom de l'élève :

Affectations envisagées à la rentrée scolaire prochaine	Etablissement scolaire proposé par l'E.S.S.
Dénomination et Adresse
Classe
Jours et horaires de scolarisation
Nombre de kilomètres du domicile à l'établissement (1 aller)

Quel est le type de transport en commun, entre le lieu de domicile et l'établissement que fréquentera l'élève ?

L'élève est-il capable de marcher ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Utilise-t-il un fauteuil roulant pliable ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Utilise-t-il un fauteuil roulant électrique ? Si oui préciser la marque et le nombre d'ancrages	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, peut-il passer seul du fauteuil au véhicule ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'élève est-il capable de se repérer lors d'un trajet scolaire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'élève est-il capable de communiquer ? (s'identifier, donner son adresse)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
En fonction du handicap de l'élève, quels seraient les aménagements nécessaires du véhicule ?	..... .....
L'élève a-t-il besoin d'être accompagné par l'AVS durant le transport ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'élève peut-il être transporté avec d'autres élèves ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Mode(s) de transport proposé(s) par l'équipe de suivi de la scolarité :

- Transport en commun accompagné par les parents ou un adulte mandaté par la famille (cartes annuelles pour l'élève et l'accompagnant fournies)
- Véhicule familial (indemnisation au kilomètre à raison de 0,40€/km)
- Véhicule de 5 à 9 places
- Véhicule adapté

Commentaires de l'équipe de suivi de scolarité :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'Enseignant Référent transmettra ce dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.) pour son évaluation.

Ensuite, la M.D.P.H. le fera suivre au Service des Transports Scolaires accompagné de la notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.).

<p>Nom et signature de l'Enseignant Référent</p>	<p>Nom et signature du Médecin Scolaire</p>
---	--