LOT-ET-GARONNE
Le Département Cœur du Sud-Ouest

MDPH47 maison départementale des personnes handicapées

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE TRANSPORT SCOLAIRE ADAPTÉ POUR LES ÉLÈVES OU ÉTUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP**

# Année scolaire 2024/2025

1ère demande ☐ ou renouvellement ☐

Tout document incomplet ne sera pas instruit. Formulaire à compléter en majuscule et de façon lisible.

**ELEVE** **①DOSSIER N°**

**NOM :** **Prénom** :
Date de naissance :
**Adresse de l'élève :**

**Si les parents sont séparés, le mode de résidence est-il alterné ?** ☐OUI ☐NON
Si oui, joindre obligatoirement le planning annuel.

**② FAMILLE**

**Père** ☐ **Mère** ☐ Tuteur ☐ Titulaire d'une délégation d'autorité parentale ☐
**Responsable légal n°1 :**
**NOM** : **Prénom** :
Courriel :
Téléphone :
Adresse :

**Renseignements obligatoires dans le cas d'une garde alternée concernant le père ou la mère**

**Père** ☐ **Mère** ☐ Tuteur ☐ Titulaire d'une délégation d'autorité parentale ☐
**Responsable légal n°2 :**
**NOM** : **Prénom** :
Courriel :
Téléphone :
Adresse :

**FAMILLE D'ACCUEIL**

**NOM et Prénom** :
Adresse :
Tel fixe : Tel portable :
Mail : *(Pas de prise en charge en allocation possible)*

**③ ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DES RESPONSABLES**

| | **Responsable 1** ou **mère** | **Responsable 2** ou **père** |
|---|---|---|
| Nom de l'employeur | | |
| Adresse de l'employeur | | |
| Adresse de l'emploi | | |
| Jours de travail | ☐ L ☐ Ma ☐ Me ☐ J ☐ V ☐ S | ☐ L ☐ Ma ☐ Me ☐ J ☐ V ☐ S |
| Horaires de travail | | |

## ④ FRÈRES ET SŒURS DE L'ÉLÈVE SCOLARISÉS *(domiciliés à la même adresse)*

| NOM | Prénom | Né(e) le | École fréquentée | Horaires scolaires |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## TUTEUR, ORGANISME, ASSOCIATION

**NOM du responsable** :
Adresse :
Tel fixe : Tel portable :
Mail :

## ENSEIGNANT RÉFÉRENT

NOM du référent scolaire :
Adresse :
Tel fixe : Tel portable :
Mail :

## ⑤ SCOLARITÉ DE L'ÉLÈVE connue ou envisagée – POUR L'ANNEE 2024-2025

Établissement scolaire :
Adresse complète :
Tél :
CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ ; 6ème ☐ 5ème ☐ 4ème ☐ 3ème ☐ ; 2nde ☐ 1ère ☐ Terminale ☐
☐ ULIS / SEGPA ☐ Autre :
Votre enfant sera-t-il scolarisé dans son établissement de secteur : OUI ☐ NON ☐
**Observations et précisions sur la scolarisation** :

☐ Demi-pensionnaire *(1 aller-retour par jour)* ☐ Interne *(1 aller-retour par semaine)*
☐ Externe *(1 aller-retour par jour)*

**Planning de scolarisation à renseigner si connu au moment de la demande ou amplitude horaire de l'école :**
*Les trajets liés aux soins ne sont pas pris en charge.*

| Jour | Horaires | Jour | Horaires |
|---|---|---|---|
| ☐ Lundi | / | ☐ Jeudi | / |
| ☐ Mardi | / | ☐ Vendredi | / |
| ☐ Mercredi | / | | |

## MODIFICATIONS

- ⇨ Aucune modification ne pourra être apportée sans accord préalable de la MDPH.
- ⇨ Les demandes de modification de trajet liées à un stage seront étudiées
- ⇨ En cas de déménagement ou pour tout changement de situation, merci d'informer sans délai la MDPH et le service transport adapté

MDPH : **05.53.69.20.50** contact@mdph47.fr
Service Transport Adapté : **05.53.69.42.94 – 05.53.69.42.02** transportadapte@lotetgaronne.fr

## ⑦ MODE DE TRANSPORT À PRÉVOIR

*Il est impossible de cumuler deux modes de prise en charge. La prise en charge en allocation sera prioritaire.*

| ☐ Allocation individuelle | **OU** | ☐ Transport en taxi organisé par le Département du Lot-et-Garonne |
|---|---|---|
| En véhicule personnel ?<br><br>J'accompagnerai ou la personne de confiance accompagnera mon enfant en véhicule personnel<br>☐ OUI ☐ NON<br><br>Si **OUI**, je sollicite le remboursement des frais kilométriques **(joindre un RIB à la demande)**<br>☐ OUI ☐ NON<br><br>Distance domicile – établissement (aller simple)<br>Kms | | Le transport nécessite-t-il un véhicule PMR?<br>☐ OUI ☐ NON<br>Élève à transporter avec son fauteuil roulant ?<br>☐ OUI ☐ NON<br>Si **OUI**, fait-il ses transferts seuls ?<br>☐ OUI ☐ NON<br>☐ Fauteuil manuel pliant ☐ Réhausseur<br>☐ Fauteuil électrique ☐ Déambulateur<br>☐ Autre (à préciser) : |

Si **NON**, pour les raisons suivantes (OBLIGATOIRES)
Préciser la nature de l'empêchement du transport en véhicule familial

Si réponse négative au transport en véhicule personnel, l'établissement est-il accessible en transport en commun (bus, train…) ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, mon enfant ira à l'école en transport en commun :

☐ OUI ☐ NON

Si NON, pour les raisons suivantes (OBLIGATOIRE) :

Le Père : ☐ dispose d'1 permis de conduire ☐ dispose d'1 véhicule
☐ ne dispose de pas de permis de conduire ☐ ne dispose pas de véhicule

La Mère : ☐ dispose d'1 permis de conduire ☐ dispose d'1 véhicule
☐ ne dispose de pas de permis de conduire ☐ ne dispose pas de véhicule

Autre information :

**CADRE RÉSERVÉ À L'AVIS MÉDICAL**
**DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)**

Justifie un transport adapté : **Taux d'incapacité :** ..... %

☐ OUI ☐ NON *(Cf art 1-2 du Règlement Départemental TA)*

Durée de la mise en place du transport adapté : du ..... au .....

PRECISIONS SUR LE TRANSPORT EN FONCTION DE L'AUTONOMIE DE L'ELEVE
Cocher la ou les mention(s) concernée(s) :

Appareillage spécifique : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : ☐ Fauteuil manuel ☐ Fauteuil électrique ☐ Appareil respiratoire
☐ Déambulateur ☐ Autre : .....

Date de l'avis médical : ..... Signature du médecin :

**DOSSIER A RETOURNER COMPLET A LA MDPH dans les meilleurs délais et AU PLUS TARD LE 31/05/2024** **Par mail de préférence à l'adresse : contact@mdph47.fr**

**Joindre IMPERATIVEMENT UN RIB à votre demande**

**⑥ APPROBATION DU REGLEMENT QUI M'A ETE REMIS AVEC LA PRESENTE DEMANDE**

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du Règlement départemental des transports adaptés (RDTA) des élèves et étudiants en situation de handicap, et m'engage à le respecter.

NOM et Prénom de l'élève ou étudiant concerné :

Famille :
NOM : Prénom :
Adresse :

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés publiques s'applique aux réponses faites pour cette demande. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Présidente du Conseil Départemental.

| Renseignements certifiés exacts le : | Signature du responsable légal : |
|---|---|
| *NB : Le fait de mentir délibérément ou d'oublier de communiquer certaines informations dans le cadre de la réalisation d'une démarche administrative est passible d'une peine de **2 ans d'emprisonnement** ainsi que d'une amende dont le montant peut s'élever à **30 000 €.*** | |