

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

# Année scolaire 2023/2024

1<sup>ère</sup> demande  ou renouvellement

<b>ELEVE</b>	① <b>DOSSIER N°</b> .....
<b>NOM :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... Date de naissance : ...../...../..... <b>Adresse de l'élève :</b> ..... ..... Si les parents sont séparés, le mode de résidence est-il alterné ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

<b>② FAMILLE</b>	
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Titulaire d'une délégation d'autorité parentale <input type="checkbox"/> <b>Responsable légal n°1 :</b> <b>NOM :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... Courriel : ..... Téléphone : ...../...../...../...../..... Adresse : ..... .....	

<b>Renseignements obligatoires dans le cas d'une garde alternée concernant le père ou la mère</b>	
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Titulaire d'une délégation d'autorité parentale <input type="checkbox"/> <b>Responsable légal n°2 :</b> <b>NOM :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... Courriel : ..... Téléphone : ...../...../...../...../..... Adresse : ..... .....	

<b>FAMILLE D'ACCUEIL</b>	
NOM et Prénom : ..... Adresse : ..... Tel fixe : .....    Tel portable : ..... Mail : .....	

<b>TUTEUR, ORGANISME, ASSOCIATION</b>	
NOM du responsable : ..... Adresse : ..... Tel fixe : .....    Tel portable : ..... Mail : .....	

**ENSEIGNANT RÉFÉRENT**

NOM du référent scolaire : .....

Adresse : .....

Tel fixe : ..... Tel portable : .....

Mail : .....

**③ SCOLARITÉ DE L'ÉLÈVE connue ou envisagée – POUR L'ANNEE 2023-2024**

Établissement scolaire : .....

Adresse complète : ..... Tél : .....

Classe :

Milieu ordinaire  ULIS école  ULIS collège  ULIS lycée  SEGPA

CP  CE1  CE2  CM1  CM2  ; 6<sup>ème</sup>  5<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>  ; 2<sup>nde</sup>  1<sup>ère</sup>  Terminale

Autre : .....

Votre enfant sera-t-il scolarisé dans son établissement de secteur : OUI  NON

**Observations et précisions sur la scolarisation** : .....

.....

.....

.....

.....

**Planning de scolarisation à renseigner si connu au moment de la demande :**

Jour	Horaires	Jour	Horaires
Lundi <input type="checkbox"/>		Jeudi <input type="checkbox"/>	
Mardi <input type="checkbox"/>		Vendredi <input type="checkbox"/>	
Mercredi <input type="checkbox"/>			

Régime : Externe  Demi-pensionnaire  Interne

(1) La prise en charge s'effectue sur la base d'un aller et retour quotidien. Si toutefois, l'élève bénéficie, à titre médical, **d'un retour en milieu de journée**, veuillez préciser ci-dessous les jours et les horaires :

.....

.....

**④ TRANSPORT**Évaluation des besoins :

La famille ou une personne digne de confiance peut-elle accompagner l'enfant ? OUI  NON

NOM : ..... Prénom : ..... ☎ : .....

**Mode de transport adapté souhaité****①) En véhicule personnel ?**

J'accompagnerai ou la personne de confiance accompagnera mon enfant en véhicule personnel

OUI  NON

Si **OUI**, je sollicite le remboursement des frais kilométriques (**joindre un RIB à la demande**)

OUI  NON

Distance domicile – établissement (aller simple) : ..... kms

**Allocation individuelle**

J'accompagnerai ou la personne digne de confiance accompagnera mon enfant avec mon véhicule personnel les jours suivants :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin						
Après-midi						

**☉ ) 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) :

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

Si OUI, je sollicite la prise en charge du titre de transport :

⇒ de l'élève                      OUI       NON

⇒ de l'accompagnateur    OUI       NON

Si OUI, indiquer Nom Prénom et tél de la personne :

.....

J'accompagnerai ou la personne de confiance accompagnera mon enfant en transport en commun (bus, train...) les jours suivants :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin						
Après-midi						

**Ce n'est qu'après évaluation** par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et appréciation par les services compétents du Conseil départemental, **de l'impossibilité d'utiliser les modes de transport ci-dessus** qu'un taxi pourra **éventuellement** être mis en place.

**Nb : Dossier à retourner complet à la MDPH dans les meilleurs délais et au plus tard le 31 mai 2023.**

En cas de demande communiquée **au-delà de cette date**, la prise en charge et/ou l'organisation du transport **ne sont pas garanties pour le jour de la rentrée.**

Un formulaire insuffisamment rempli ne pourra donner lieu à l'instruction et sera retourné aux représentants légaux.

**A COMPLETER PAR L'ADMINISTRATION**

**Avis médical du médecin de la MDPH**

**Taux d'incapacité :**  %

(Cf art 1-2 du Règlement Départemental TA)

Justifie un transport adapté  oui  non

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 :

**⑤ 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 dans la limite de la distance domicile – établissement scolaire.
- ⇒ 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](mailto:contact@mdph47.fr)  
Service Transport Adapté : **05.53.69.42.94 – 05.53.69.42.02** [transportadapte@lotetgaronne.fr](mailto:transportadapte@lotetgaronne.fr)

**DOSSIER A RETOURNER COMPLET A LA MDPH dans les meilleurs délais et AU PLUS TARD LE 31/05/2023**

**Je joins IMPERATIVEMENT UN RIB à ma demande**

**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 €**.*

## QUESTIONNAIRE ANNEXE A COMPLETER ET JOINDRE IMPERATIVEMENT A LA DEMANDE DE TRANSPORT SCOLAIRE ADAPTE

### 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	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S
Horaires de travail		

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

NOM	Prénom	Né(e) le	École fréquentée (nom + commune)	Horaires scolaires

### TRANSPORT

La famille ou une personne digne de confiance peut-elle accompagner l'enfant et bénéficier de l'allocation individuelle de transport adapté?      OUI     NON

NOM : ..... Prénom : .....  : .....

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

dispose d'1 véhicule  
 ne dispose pas de véhicule

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

dispose d'1 véhicule  
 ne dispose pas de véhicule

Autre information :

