

RENOUVELLEMENT

NOUVELLE DEMANDE

Etablissement scolaire fréquenté (Année scolaire 2023-2024) : .....

Nom de la Société de Transport (Année scolaire 2023-2024) : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE**

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / ..... Sexe  Féminin  Masculin

Adresse de résidence de l'élève .....

Code postal ..... Commune .....

**RENSEIGNEMENTS REPRESENTANT LEGAL ou LIEU D'ACCUEIL (cet encadré sera l'adresse de facturation)**

Madame  Monsieur  Famille d'accueil (Employeur : ..... )  Tuteur légal

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal ..... Commune .....

Date de naissance du représentant légal ..... / ..... / .....

N° téléphone fixe : ..... N° téléphone portable : .....

E mail : .....

**GARDE ALTERNEE (coordonnées second foyer) (si et uniquement si besoin d'un transport)**

Madame  Monsieur

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal ..... Commune .....

Date de naissance du représentant légal ..... / ..... / .....

N° téléphone fixe : ..... N° téléphone portable : .....

E mail : .....

**Garde alternée :** Semaine paire  Madame  Monsieur / Semaine impaire  Madame  Monsieur

**Joindre copie de la décision de justice relative à la garde de l'enfant.**

**AUTRES RENSEIGNEMENTS (à compléter obligatoirement)**

**Activité Professionnelle des représentants légaux**

	Parent 1	Parent 2	Tuteur légal
	<input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Sans activité
Employeur			
Adresse du lieu de travail			
Jours travaillés	Lu Ma Me Je Ve <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lu Ma Me Je Ve <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lu Ma Me Je Ve <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Composition du foyer au domicile de l'élève :** Nombre total d'enfants à charge : .....

Lieu de scolarisation du (ou des) enfant(s) à charge : .....

Nom de l'établissement scolaire : .....

Adresse complète de l'établissement : .....

Régime de l'élève :  Demi-pensionnaire  Interne

Classe suivie en 2024-2025 :  ULIS (Ecole) : CP  CE1  CE2  CM1  CM2

ULIS (Collège) : 6<sup>e</sup>  5e  4e  3e

ULIS (Lycée) : 2<sup>nd</sup>e  1<sup>ère</sup>  Terminale

SEGPA : 6e  5e  4e  3e


AUTRES (à préciser) .....

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

Si NON, le choix de l'établissement est-il imposé par le handicap de votre enfant ?  OUI  NON

Précisez autre(s) raison(s) : .....

**MODALITES DE PRISE EN CHARGE**

 Le Conseil départemental, autorité organisatrice, reste seul décideur des modalités de prise en charge des frais de transport.

**TRANSPORT EN VEHICULE FAMILIAL**

Le Département peut verser, sous certaines conditions\*, une Aide Individuelle de Transport Scolaire, lorsque le transport de l'élève ou de l'étudiant est assuré au moyen d'un véhicule personnel (parents, tuteur). Le montant de l'indemnité est fixé à 0,30 € par kilomètre parcouru en présence de l'élève dans le véhicule sur la base d'un aller/retour par jour de scolarité (ou par semaine pour les internes) entre le domicile et l'établissement scolaire d'affectation, hormis si le conducteur réalise le transport en se rendant à son travail se situant dans la même commune de scolarité.

**Renseignements complémentaires (Cochez les cases correspondantes)**

Possédez-vous un véhicule personnel : OUI  NON

Distance simple séparant le domicile de l'établissement scolaire : ..... kms

Description des jours de transport de l'élève effectués par la famille	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Matin					
Soir					

\* En fonction des circuits de transport scolaire adapté déjà existants et pouvant convenir à l'enfant, le Conseil départemental se réserve la possibilité de refuser la mise en place du dispositif de remboursement des frais de transport en véhicule familial. Toutefois, en cas d'impossibilité pour le Département d'intégrer un élève dans un circuit, l'attribution de cette aide sera proposée à la famille.

**IMPORTANT : Tout élève ou étudiant bénéficiaire de l'Allocation Individuelle de transport Scolaire et qui souhaite utiliser les transports en commun doit en informer rapidement le Département. A défaut, les montants versés indûment feront l'objet de récupérations.**

**PIECES A JOINDRE :**

- Joindre impérativement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) au formulaire

**APRES LA RENTREE SCOLAIRE :**

- une copie du certificat de scolarité
- une copie de l'emploi du temps de l'année scolaire

**UTILISATION D'UN MOYEN DE TRANSPORT EN COMMUN**

**Car scolaire**  (l'inscription doit être faite directement par les représentants légaux sur le site du Conseil Régional : [www.bourgognefranchecomte.fr](http://www.bourgognefranchecomte.fr)).

**Bus de Ville** \*\* (réseau Tanéo)  \*\* Frais d'abonnement pris en charge par le Conseil départemental

**Train**\*\*\*  \*\*\* Frais d'abonnement remboursés par le Conseil départemental

**DEMANDE DE TRANSPORT SCOLAIRE ADAPTE**

Une participation financière est demandée au représentant légal ayant fait la demande de transport. Le montant s'élève à 72 euros. Si l'adresse de facturation est différente, merci de bien vouloir en informer le Conseil départemental.

**IMPORTANT : Ne pas joindre de paiement à l'imprimé de demande de prise en charge des frais de transport** : après acceptation de votre demande de transport par le Conseil départemental, vous recevrez, ultérieurement, à votre domicile un Avis de Somme A Payer (A.S.A.P.) transmis par le Service Gestion Comptable de NEVERS et à régler auprès de cette instance.

**Trajet à prendre en charge par le service de transport**

Lundi <input type="checkbox"/>		Mardi <input type="checkbox"/>		Mercredi <input type="checkbox"/>		Jeudi <input type="checkbox"/>		Vendredi <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Aller	<input type="checkbox"/> Retour	<input type="checkbox"/> Aller	<input type="checkbox"/> Retour	<input type="checkbox"/> Aller	<input type="checkbox"/> Retour	<input type="checkbox"/> Aller	<input type="checkbox"/> Retour	<input type="checkbox"/> Aller	<input type="checkbox"/> Retour

**Planning de scolarisation**  Inconnu à ce jour

Lundi <input type="checkbox"/>		Mardi <input type="checkbox"/>		Mercredi <input type="checkbox"/>		Jeudi <input type="checkbox"/>		Vendredi <input type="checkbox"/>	
Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Midi	Matin	Soir	Matin	Soir

Les horaires des cours de l'élève constituent une information obligatoire du dossier d'inscription. Ils sont à faire parvenir dans les plus brefs délais au Conseil départemental si ceux-ci ne sont pas connus à la date de renseignement du présent formulaire. Toute évolution dans l'emploi du temps modifiant les conditions de prise en charge de l'élève en cours d'année, doit IMPERATIVEMENT être communiquée par écrit à l'Unité Transport Adapté (rendez-vous médicaux, SESSAD, séances CMPP, etc .... : trajets non pris en charge par le Département).

L'élève bénéficie-t-il d'un(e) AESH (Accompagnant(e) d'Elève en Situation de Handicap) ? Oui  Non

**TRANSPORT POUR L'ANNEE 2024-2025 : A compter du .....**

**MATERIEL UTILISE (à remplir obligatoirement)**


Non aucun matériel

Oui (Renseigner les lignes suivantes) :

Déambulateur  Coque  Béquilles

Fauteuil électrique  Fauteuil manuel  Pliable  Non pliable

Autre appareillage (à préciser) .....

 **Le conducteur n'est pas habilité à assurer le transfert.**

Renseignements utiles pour faciliter le transport de l'élève : .....

.....

**ATTESTATION (A remplir, dater et signer obligatoirement)**

Je soussigné(e) Représentant n° 1 .....,  
Représentant n° 2 .....

de l'élève .....,  
ou l'élève lui-même s'il est majeur,

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce formulaire ;
- atteste avoir pris connaissance des informations contenues dans le présent document et dans l'imprimé joint intitulé « Modalités de prise en charge du transport scolaire des élèves et étudiants en situation de handicap par le Conseil départemental de la Nièvre »
- m'engage à signaler tout changement de situation de l'élève ou des parents à l'Unité de Transport Adapté (voir coordonnées ci-dessous)

A ....., le .....

Signature du représentant légal  
ou de l'élève majeur avec mention « Lu et approuvé »

---

**PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A CE FORMULAIRE :**

- Copie de la notification de la CDAPH **en cours de validité** mentionnant l'affectation scolaire (ULIS, SEGPA)
- Copie de la décision d'affectation de l'enfant délivré par les services de l'Académie de la Nièvre.

**Transmission de ce formulaire à l'adresse suivante :**

Conseil départemental de la Nièvre  
Direction de l'Autonomie  
Unité Transport Adapté  
11 rue Émile Combes - 58000 Nevers

**CONTACT : Unité Transport Adapté :** Tél. : 03.86.61.87.08 - Courriel : [transportadapte@nievre.fr](mailto:transportadapte@nievre.fr)

 **Tout imprimé transmis par courriel doit être en format .pdf parfaitement lisible.**

---

**TRAITEMENT DES INFORMATIONS RECUEILLIES DANS CE PRESENT FORMULAIRE**

Les informations recueillies à partir du présent formulaire font l'objet d'un traitement auquel vous consentez et sont destinées au Département de la Nièvre afin de gérer vos demandes et à des fins statistiques d'utilisation. Elles sont utilisées uniquement par le Service Administratif, Budgétaire et Transport Adapté du Département.

Conformément au cadre juridique sur la protection des données personnelles en vigueur (Règlement Général de Protection des Données n-RGPD et Loi « Informatique et Libertés modifiée), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation des informations qui vous concernent. Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

L'ensemble de ces demandes doivent être adressées, en justifiant de votre identité, par voie postale à l'adresse suivante : Département de la Nièvre – A l'attention de la Déléguée à la Protection des Données – Hôtel du Département – 58039 NEVERS Cedex, ou par courriel à l'adresse : [protection.donnees@nievre.fr](mailto:protection.donnees@nievre.fr)

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07 – Téléphone : 01.53.73.22.22. [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).