

TRANSPORTS SCOLAIRES DES ÉLÈVES EN SITUATION DE HANDICAP

Transports en véhicule personnel



Formulaire à renvoyer au :
Conseil départemental d'Indre-et-Loire
Direction des Routes et des Transports
Service Gestion Administrative et Financière
Place de la Préfecture - 37927 Tours Cedex 9
Tél : 02 47 31 49 28
Mail : tseeh@departement-touraine.fr

Date limite de demande : 13 juillet 2018

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU NON SIGNÉ VOUS SERA RETOURNÉ

Aux termes du décret n° 2004-703 du 13 juillet 2004 relatif aux dispositions réglementaires des livres 1^{er} et II du code de l'éducation les frais de déplacement exposés par les élèves et les étudiants handicapés qui fréquentent un établissement d'enseignement général, agricole ou professionnel, public ou privé placé sous contrat, en application de la loi n° 59-1557 du 31 décembre 1959, ou reconnu aux termes de la loi n°60-791 du 2 août 1960, et qui ne peuvent utiliser les moyens de transport en commun en raison de la gravité de leur handicap, médicalement établie, sont pris en charge par le Département du domicile des intéressés.

Remboursement des frais kilométriques : sous réserve d'une notification « transport » en cours de validité, lorsque le transport est réalisé en véhicule personnel, le Conseil départemental vous indemniserà à hauteur de 0,30 €/km à raison de 2 trajets quotidiens, avec un plafond de 2 500 €/an. Afin de permettre au Département, au vu des états de présence de votre enfant, de procéder au remboursement des frais engagés, **joindre obligatoirement un RIB**. Sans RIB aucun remboursement ne sera effectué.

Date de validité de la notification « transport » (sauf Ulis-école) de la Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la MDPH (**si celle-ci n'est plus valable, faire une demande écrite auprès de la MDPH, située 38, rue Édouard Vaillant - CS 14233 - 37042 Tours Cedex 1, ou par mail info@mdph37.fr**)

1/ ÉLÈVE (à compléter en lettres majuscules) Sexe : F M

Nom : Prénom : Date de naissance :

2/ REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél portable : Tél fixe : E-Mail :

Tél prof :

Garde alternée : **Oui (dans ce cas, remplir une demande par parent et joindre la copie du jugement)**
 Non

3/ ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom de l'établissement scolaire :

Adresse :

Code postal : Commune :

Qualité : Interne 1/2 pensionnaire Temps partagé (à préciser) :

L'enfant aura-t-il cours le mercredi : Oui Non Ne sais pas

L'enfant aura-t-il cours le samedi : Oui Non Ne sais pas

4/ CERTIFICATION SUR L'HONNEUR

Après avoir pris connaissance du règlement départemental pour le transport scolaire des élèves et étudiants en situation de handicap, je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et demande à bénéficier du remboursement des frais kilométriques.

5/ AUTORISATION DE PARTAGE D'INFORMATION

En cas de besoin, un échange d'informations pourra avoir lieu entre les différents interlocuteurs (MDPH, transporteur, enseignants-référents, Inspection Académique...) intervenant dans la prise en charge du transport.

À, le

*Signature du représentant légal
ou de l'étudiant majeur,*