



Dossier de demande d'aide départementale

TRANSPORT SCOLAIRE DES ÉLÈVES ET ÉTUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP

1^{ère} inscription Renouvellement

Joindre à la demande l'avis de transport de la MDA en cours de validité

ANNÉE 2020 - 2021

ÉLÈVE OU ÉTUDIANT

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F Date de naissance : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL

Père Mère Tuteur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. domicile : _____ Portable : _____

Mail (@) : _____

Changement d'adresse prévu dans l'année : oui Non - Commune : _____

**Date limite de dépôt de la demande avec pièces à fournir
AVANT LE 1^{ER} JUIN 2020**

 Sont pris en charge au 1^{er} septembre les élèves dont l'avis de transport MDA et l'affectation scolaire définitive auront été confirmés avant le 16 août.

Département du Morbihan – à l'attention de Monsieur le président du conseil départemental du Morbihan

Direction générale des interventions sanitaires et sociales - DA - SPI pôle prestations - TEEH

64 rue Anita Conti – CS20514 – 56035 VANNES CEDEX // **TÉL.** 02 97 54 83 53

MAIL : Direction-Autonomie-TSH@morbihan.fr

// EN CAS D'ADRESSE DE PRISE EN CHARGE DE L'ÉLÈVE OU ÉTUDIANT DIFFÉRENTE DE CELLE DU REPRÉSENTANT LÉGAL Placement en famille d'accueil Résidence alternée Logement étudiant

(Indiquer les coordonnées de l'autre parent ou de la famille d'accueil ci-dessous)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. domicile : _____ Portable : _____

Mail (@) : _____

• Si l'élève réside en famille d'accueil :

Centre médico-social : _____ Commune : _____

Nom et prénom de l'éducateur référent : _____

Tél. professionnel : _____

• Si l'élève est en résidence alternée :

La garde s'exerce de la manière suivante : _____

Joindre l'extrait de l'ordonnance du juge ou du compromis signé des deux parents sur les conditions de la garde alternée.**// FRÈRES ET SŒURS DE L'ÉLÈVE**

NOM	Prénom	Né(e) le	Établissement fréquenté

// ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DES PARENTS

	PÈRE								MÈRE							
Employeur																
Commune																
Téléphone professionnel																
Jours travaillés	L	M	Me	J	V	S	D	L	M	Me	J	V	S	D		
	<input type="checkbox"/>															

// SCOLARITÉ 2020-2021

L'enfant quitte-t-il l'école pour des soins médicaux sur le temps scolaire (kiné, orthophonie, SESSAD, CPEA, psychologue ...) ?

 Oui Non

Si l'enfant est en scolarité partagée :

	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	QUALITÉ AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT
<input type="checkbox"/> IME	_____	<input type="checkbox"/> interne
<input type="checkbox"/> ITEP	_____	<input type="checkbox"/> demi-pensionnaire
		<input type="checkbox"/> externe

// SCOLARITÉ 2020-2021
 Décision d'affectation : connue en attente

Établissement scolaire : _____

Commune : _____

 externe demi-pensionnaire interne

École primaire		Collège	Lycée	Enseignement supérieur
<input type="checkbox"/> Petite section	<input type="checkbox"/> ULIS école	<input type="checkbox"/> ULIS collège	<input type="checkbox"/> ULIS Lycée	<input type="checkbox"/> BTS
<input type="checkbox"/> Moyenne section	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> SEGPA	<input type="checkbox"/> Seconde	<input type="checkbox"/> IUT
<input type="checkbox"/> Grande section	<input type="checkbox"/> CE1	<input type="checkbox"/> 6 ^{ème}	<input type="checkbox"/> Première	<input type="checkbox"/> Université
	<input type="checkbox"/> CE2	<input type="checkbox"/> 5 ^{ème}	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} d'adaptation	<input type="checkbox"/> Classe préparatoire
	<input type="checkbox"/> CM1	<input type="checkbox"/> 4 ^{ème}	<input type="checkbox"/> Terminale	<input type="checkbox"/> Autre : _____
	<input type="checkbox"/> CM2	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème}	<input type="checkbox"/> CAP	
			<input type="checkbox"/> BAC pro	

 Formation en alternance : Oui Non

 Formation rémunérée : Oui Non

Scolarisation de l'élève :	MATIN	APRÈS-MIDI
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		

// ORGANISATION DU TRANSPORT ENTRE LE DOMICILE ET L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Le conseil départemental reste seul décideur des modalités de transport mises en place. **Pour les premières inscriptions, il statue au vu de l'avis de transport de la maison départementale de l'autonomie.**

 Circuit de transport en véhicule adapté organisé par le conseil départemental

(Veuillez cocher les jours pour lesquels vous demandez ce transport)

Aller : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Retour : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Si vous ne pouvez pas assurer le transport, merci d'en préciser la raison :

 Indemnisation de vos frais kilométriques pour l'utilisation de votre véhicule après étude du dossier (joindre un RIB)

 La dépose ou reprise de l'enfant se fait-elle sur le trajet domicile-travail ? Oui Non

Aller : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Retour : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

// INFORMATIONS UTILES POUR LA MISE EN PLACE DU TRANSPORT ADAPTÉ

Nature du handicap : moteur intellectuel psychique physique
 visuel auditif troubles du langage et de la parole
 autre (préciser) : _____

Accompagnement lié au handicap pendant le trajet, précisez vos attentes : _____

Aides techniques utilisées :

L'élève se déplace-t-il en fauteuil ? Oui Non
 Préciser s'il s'agit d'un fauteuil : manuel électrique
 pliable non-pliable
 L'élève peut-il quitter son fauteuil et monter seul dans le véhicule ? Oui Non
 appareillage spécifique : _____

// ATTESTATION SUR L'HONNEUR

La signature de la présente vaut acceptation du règlement départemental des transports scolaires pour les élèves et étudiants handicapés du Morbihan, consultable sur le site internet du conseil départemental : www.morbihan.fr

Je soussigné(e) _____

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier,

accepte que ces données soient communiquées aux partenaires strictement concernés par la mise en place du transport.

Date _____

Signature obligatoire du représentant légal

ou de l'éducateur référent

TRANSPORT DES ÉLÈVES ET ETUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire la demande d'aide au transport des élèves et étudiants en situation de handicap. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire du Code des transports aux articles R. 3111-5 et R. 3111-24 à R. 3111-27.

Les données enregistrées sont celles liées au formulaire de demande d'aide départementale ainsi que les informations que vous avez librement fournies. Ces données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. Elles sont destinées aux services instructeurs du Département et ne peuvent être communiquées, en cas de besoin nécessaire à l'instruction de votre situation, qu'aux destinataires dûment habilités et intervenants strictement dans le cadre de votre dossier :

- La MDA
- Les transporteurs
- L'éducation nationale

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant au délégué à la protection des données – secrétariat général – 2 rue de St Tropez – 56000 Vannes ou cil56@morbihan.fr. 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, au délégué à la protection des données - secrétariat général - 2 rue de St Tropez - CS 82400 - 56009 Vannes Cedex ou cil56@morbihan.fr. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) 3 place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex ou sur www.cnil.fr



Dossier de demande d'aide départementale

TRANSPORT SCOLAIRE DES ÉLÈVES ET ÉTUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP

DÉSIGNATION DE L'ADULTE HABILITÉ À PRENDRE EN CHARGE UN ÉLÈVE LORS DE LA DÉPOSE AU DOMICILE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT

Vu le règlement départemental TEEH de mars 2017

Article 6-1 - accompagnement des jeunes enfants

Le rôle du conducteur n'est pas d'accompagner les jeunes enfants.

L'accompagnement des jeunes est assuré :

- *Devant l'établissement scolaire, par le personnel de l'école ;*
- *Devant le domicile, par le représentant légal de l'élève ou un adulte habilité, qui doit se rendre au lieu de stationnement du véhicule.*

En cas d'absence d'un représentant légal ou habilité, le conducteur est autorisé à déposer l'enfant dans une garderie, à la mairie, à la gendarmerie ou au poste de police le plus proche, en en tenant informé le représentant légal et le service des transports scolaires handicapés.

Je soussigné(e) _____ représentant légal
de l'enfant _____ âgé de _____ ans

habilité, en cas d'absence imprévue ou de circonstances exceptionnelles,

M/Mme _____ Tél. fixe : _____

Tél. port. : _____

Ou personne habilitée remplaçante,

M/Mme _____ Tél. fixe : _____

Tél. port. : _____

À en assurer la prise en charge à la dépose du taxi.

Cette personne habilitée sera présente devant mon domicile ou au point de rendez-vous fixés en début d'année scolaire. En l'absence d'une personne habilitée par la présente, je suis prévenue et accepte que les dispositions du Règlement départemental susvisées s'appliquent.

reconnaît, qu'il peut rejoindre seul son domicile après la dépose par le taxi.

Date _____

Signature précédée de la mention

manuscrite « lu et approuvé »

// CADRE RÉSERVÉ

Type de prise en charge : _____

Modifié : _____

 Recours : _____ Aide technique

Avis MDA : _____

Circuit 2019-2020 : _____

Reversement Autre département Autre organisme

Observations :

SUIVI DU DOSSIER	Signatures (initiales)	Transmis technicien le	Retour gestionnaire le