

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSPORTS SCOLAIRES 2024-2025

ELEVES ET ETUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP (TESH)

Nouvelle demande : votre situation évolue par rapport à 2023-2024 OU vous n'aviez pas de prise en charge TESH au cours de l'année scolaire 2023-2024.

1. Complétez le présent formulaire de demande.

2. Adresser ce document à :

**Département de l'Ardèche – Direction Autonomie – Service Administration et Gestion –
Cellule TESH – BP 737 – 07007 PRIVAS**

Renouvellement : En cochant cette case, vous confirmez que vous bénéficiez d'une prise en charge au titre du TESH pour l'année scolaire 2023-2024 et que la situation administrative de l'élève sera la même pour l'année scolaire 2024-2025 : même adresse de domicile, même établissement scolaire.

Envoyez le présent formulaire à :

**Département de l'Ardèche – Direction Autonomie – Service Administration et Gestion –
Cellule TESH – BP 737 – 07007 PRIVAS**

Dans ces 2 cas, votre demande sera étudiée par le Département de l'Ardèche qui émettra une décision sur la prise en charge du transport et sur les modalités pratiques de mise en œuvre. Un courrier de décision vous sera envoyé suite à l'étude de la demande.

VEUILLEZ REMPLIR VOTRE DEMANDE AVEC UN STYLO A ENCRE NOIRE

L'ELEVE :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

L'enfant a-t-il une reconnaissance MDPH en cours ? : OUI NON

N° de dossier MDPH :

Préciser si MDPH hors Ardèche :

ANNEE SCOLAIRE 2024/2025 :

Nom de l'établissement **souhaité en 2024/2025** :

.....

Adresse de l'établissement : VILLE :

Classe : ULIS **Niveau** : Maternel - Primaire 6^{ème} 5^{ème} 4^{ème} 3^{ème} Lycée Autre

Régime de l'élève : Demi pensionnaire Interne Rythme scolaire adapté (joindre un justificatif)

Heures de cours (si connues):

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN					
SOIR					

Distance Domicile – Etablissement Scolaire :Kms

PARENTS – TUTEUR OU REPRESENTANT LEGAL:

Résidence de l'élève : Parents - père - mère - Assistant familial - MECS - LDVA

Si garde partagée de l'enfant, veuillez indiquer l'adresse de chaque parent.		Assistant Familial <input type="checkbox"/> MECS <input type="checkbox"/> : LDVA <input type="checkbox"/> :	
Parents <input type="checkbox"/> Tuteur (ice) <input type="checkbox"/> Représentant(e) légal(e) <input type="checkbox"/> M./Mme : Nom..... Prénom	Parents <input type="checkbox"/> Tuteur(ice) <input type="checkbox"/> Représentant(e) légal(e) <input type="checkbox"/> M./Mme : Nom..... Prénom	M./Mme : Nom..... Prénom.....	
Adresse	
Tél			
Mail			
Profession		Nom, prénom du référent :	
Lieu de travail			
Horaire de travail			
	Au foyer <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi <input type="checkbox"/>	Au foyer <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi <input type="checkbox"/>	Service administratif :
Autre : à préciser			

Des frères et sœurs sont ils déjà transportés :

- par les transports scolaires : oui non
- par la famille : oui non

Nombre de véhicules du foyer ?

Nom et commune du ou des établissements et classe des enfants :

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

AUTONOMIE DE L'ELEVE:

- L'élève est-il en capacité de marcher seul ? OUI NON
- L'élève est-il en capacité de prendre le bus seul ? OUI NON
- L'élève est-il en capacité de prendre le bus avec un accompagnant ? OUI NON
- L'élève est-il en fauteuil ? OUI NON
- Si oui, le fauteuil est-il pliable ? OUI NON
- Si oui, l'élève peut-il se transférer seul ? OUI NON

Autre matériel utilisé :

TRANSPORT EFFECTUE PAR LES PARENTS, LA FAMILLE OU AUTRES :

Le transport de l'élève peut-il être assuré par les parents, la famille ou autres ? OUI NON

Si OUI : précisez les jours et les heures auxquels vous pouvez effectuer le transport.
Remboursement sur la base de 2 aller-retour par jour.

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
ALLER					
RETOUR					

Si NON indiquez la raison :

.....

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des transports des élèves en situation de handicap, accessible sur le site ardeche.fr et m'engage à le respecter.

NB : Tout dossier incomplet sera retourné.

Après instruction, la décision d'attribution ou du refus du transport adapté vous sera transmise

Date :/...../.....

Nom et Signature obligatoire du représentant(e) légal(e) /
de l'étudiant majeur

FORMULAIRE D'INSCRIPTION A RETOURNER PAR LE DEMANDEUR A L'ADRESSE SUIVANTE :

Département de l'Ardèche – Direction Autonomie / Service Administratif et Gestion –
Cellule TESH
BP 737 - 07007 PRIVAS CEDEX
☎ 04-75-66-97-56 - Mail : tesh@ardeche.fr

Vos données sont collectées dans la seule finalité d'organiser le transport scolaire adapté. Les données sont conservées pendant une durée de deux ans et sont destinées exclusivement à la bonne gestion des transports, elles ne peuvent être cédées à des tiers. Vos données peuvent être transmises à la MDPH dans le cadre de l'évaluation de votre demande. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant Département de l'Ardèche – Direction Autonomie – Service Administration et Gestion – Cellule TESH – BP 737 – 07007 PRIVAS.