

### FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSPORTS SCOLAIRES 2025-2026

#### ELEVES ET ETUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP (TESH)

☐ **Nouvelle demande** : votre situation évolue par rapport à 2024-2025 **OU** vous n'aviez pas de prise en charge TESH au cours de l'année scolaire 2024-2025.

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 2024-2025 et que la situation administrative de l'élève sera la même pour l'année scolaire 2025-2026 : 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 à la suite de 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 2025/2026** :

.....

Adresse de l'établissement : .....VILLE : .....

**Classe** : ☐ ULIS

**Niveau** :

☐ Maternel - Primaire

☐ 6<sup>ème</sup> ☐ 5<sup>ème</sup> ☐ 4<sup>ème</sup> ☐ 3<sup>ème</sup> ☐ 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 ☐ - garde partagée ☐ - Assistant familial ☐ - MECS ☐ - LDVA ☐

|                    |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        | Assistant Familial <input type="checkbox"/><br>MECS <input type="checkbox"/> : .....<br>LDVA <input type="checkbox"/> : ..... |
|                    | Parents <input type="checkbox"/> Tuteur (ice) <input type="checkbox"/><br>Représentant(e) légal(e) <input type="checkbox"/><br>M./Mme :<br>Nom.....<br><br>Prénom ..... | Parents <input type="checkbox"/> Tuteur(ice) <input type="checkbox"/><br>Représentant(e) légal(e) <input type="checkbox"/><br>M./Mme :<br>Nom.....<br><br>Prénom ..... | M./Mme :<br>Nom.....<br><br>Prénom.....                                                                                       |
| Adresse            | .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                 | .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                | .....<br>.....<br>.....                                                                                                       |
| Tél                |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               |
| Mail               |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               |
| Profession         |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        | Nom, prénom du référent :                                                                                                     |
| Lieu de travail    |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        | .....                                                                                                                         |
| Horaire de travail |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               |
|                    | Au foyer <input type="checkbox"/><br>En recherche d'emploi <input type="checkbox"/>                                                                                     | Au foyer <input type="checkbox"/><br>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 ?

L'élève est-il en capacité de prendre le bus seul ?

L'élève est-il en capacité de prendre le bus avec un accompagnant ?

L'élève est-il en fauteuil ?

Si oui, le fauteuil est-il pliable ?

Si oui, l'élève peut-il se transférer seul ?

☐ OUI☐ NON☐ OUI☐ NON☐ OUI☐ NON☐ OUI☐ NON☐ OUI☐ NON☐ 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](http://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](mailto: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.*