SEINE-MARITIME
LE DÉPARTEMENT

TRANSPORTS ADAPTÉS AU TITRE DU HANDICAP

Demande de prise en charge

À renvoyer pour le 6 Mai 2019 au plus tard pour les renouvellements

et au plus tard pour le 5 juillet 2019 pour les nouveaux élèves et / ou nouvelles affectations

Au DEPARTEMENT DE SEINE-MARITIME - DIRECTION DES COLLEGES ET DE l'EDUCATION
Quai Jean Moulin – CS 56101 - 76101 Rouen Cedex

Tel: 02 35 15 60 81 ou 02 35 15 60 15 – Mail: transports.adaptes@seinemaritime.fr

Votre enfant est-il en situation de handicap reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de Seine-Maritime ? : Oui ☐ Non ☐ N° dossier M.D.P.H. : |__|__|__|__|__|__|__|

1ère demande ☐ Renouvellement ☐

ELEVE	NOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| PRENOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| DATE DE NAISSANCE |__|__| |__|__| |__|__|__|__| SEXE : M ☐ F ☐ AGE |__|__|	REPRESENTANT LEGAL - TUTEUR	Mme ☐ M. ☐ NOM|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| PRENOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ADRESSE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| CP |__|__|__|__|__| VILLE |__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| MAIL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| TEL |__|__|__|__|__|__|__|__|__| PORTABLE|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
AUTRE ADRESSE	☐ GARDE ALTERNEE ☐ PLACEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL ☐ PLACEMENT EN FOYER NOM |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|PRENOM|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ADRESSE|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| CP |__|__|__|__|__| VILLE|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| TEL |__|__|__|__|__|__|__|__|__| PORTABLE|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
SCOLARITE	**ETABLISSEMENT FREQUENTE EN 2019-2020 :** ☐ MATERNELLE ☐ PRIMAIRE ☐ COLLEGE ☐ LYCEE ☐ UNIVERSITE ☐ AUTRE NOM DE L'ETABLISSEMENT |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| VILLE DE L'ETABLISSEMENT |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ETABLISSEMENT DE SECTEUR OUI ☐ NON ☐ Si NON, le choix de l'établissement est-il imposé par le handicap de votre enfant Oui ☐ Non ☐ CLASSE ULIS Ecole ☐ ULIS Collège ☐ ULIS Lycée ☐ SEGPA ☐ Études Supérieures ☐ Autre ☐ Si autre préciser (Exemple : Maternelle Petite Section, CM1, 4ème, Seconde) |__|__|__|__|__|__|__|__| Régime de l'élève : Interne ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ **POUR LES ELEVES D'ULIS (Ecole, Collège, Lycée) JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE D'AFFECTATION** Pour les enfants scolarisés en dispositif ULIS, nom et prénom de l'enseignant référent : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		

RYTHME SCOLAIRE

Scolarisation à temps partiel ☐ Scolarisation à temps plein ☐

JOURS DE SCOLARITE

☐ Lundi	☐ Mardi	☐ Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
☐ Matin	☐ Matin	☐ Matin	☐ Matin	☐ Matin	☐ Matin
☐ Après- midi	☐ Après- midi	☐ Après- midi	☐ Après- midi	☐ Après- midi	☐ Après- midi
☐ Journée	☐ Journée	☐ Journée	☐ Journée	☐ Journée	☐ Journée

INFORMATIONS UTILES

L'élève dispose-t-il :

☐ Fauteuil manuel pliable
☐ Fauteuil manuel non pliable (l'élève sera alors transporté dans son fauteuil)
☐ Fauteuil Électrique
☐ Autre – Préciser :
…….....

L'élève peut-il passer du fauteuil au véhicule : Oui ☐ Non ☐
Si oui, peut-il passer du fauteuil au véhicule : Seul ☐ Avec une aide ☐

L'élève bénéficie-t-il d'un(e) auxiliaire de vie scolaire Oui ☐ Non ☐

SI OUI JOINDRE IMPERATIVEMENT LA NOTICATION DE LA MDPH AVEC UNE DATE DE VALIDITE POUR L'ANNE SCOLAIRE 2019-2020

ACTIVITES PROFESSIONNELLES

	RESPONSABLE LEGAL 1	**RESPONSABLE LEGAL 2**
ACTIVITES PROFESSIONELLES	☐ Oui ☐ Sans	☐ Oui ☐ Sans
NOM DE L'EMPLOYEUR		
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR		
COORDONNEES TELEPHONIQUES DE L'EMPLOYEUR	TEL |__|__|__|__|__|__|__|__|	TEL |__|__|__|__|__|__|__|__|
JOURS DE TRAVAIL	☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi	☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi
HORAIRES DE TRAVAIL		

FRERES ET SŒURS A LA MEME ADRESSE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE EN 2019-2020
		|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	
		|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	
		|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	
		|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	

ELEMENTS D'EXPERTISE

Le département de la Seine-Maritime, en lien avec les services de la MDPH évalue et apprécie les besoins de transport de l'enfant.

- La famille dispose :

☐ d'un véhicule personnel
☐ de deux véhicules personnels
☐ ne dispose pas de véhicule personnel et ne peut en aucun cas accompagner son enfant à son établissement scolaire
☐ ne dispose pas de véhicule personnel mais une tierce personne peut assurer son accompagnement jusqu'à son établissement scolaire

Nom de la personne : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ADRESSE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|___|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
CP |__|__|__|__|__| VILLE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
MAIL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
TEL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| PORTABLE|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- L'un des parents dépose-t-il l'enfant à son établissement scolaire en allant ou revenant du travail :

☐ OUI ☐ NON

VOTRE DEMANDE CONCERNE

1. ☐ LE TRANSPORT ADAPTE (véhicule collectif)

SI LE TRANSPORT NE PEUT ETRE ASSURE PAR LA FAMILLE OU PAR UNE TIERCE PERSONNE, MERCI DE PRECISER LES RAISONS (OBLIGATOIRE)
:……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………

Ce n'est qu'après appréciation des services du département qu'un transport en véhicule spécialisé pourra éventuellement être mis en place.

VOTRE DEMANDE CONCERNE	2. ☐ le remboursement des frais de transport scolaire (1 seul choix possible) : FRAIS KILOMETRIQUES (voir annexe jointe – barème kilométrique) ☐ TCAR (Réseau Astuce), LIA, STUD, ATOUMOD (abonnement) ☐ SNCF (Abonnement de train : ASR pour les demi-pensionnaires / AIS pour les internes) ☐ L'élève voyagera seul ☐ L'élève voyagera accompagné d'un majeur de + de 18 ans ☐ ☐ Demande de prise en charge pour l'accompagnateur : préciser le MOTIF, le nom, prénom et lien de parenté avec l'élève (OBLIGATOIRE) : …… …… …… …… …… ……
PIECES A FOURNIR POUR LA VALIDATION DE LA DEMANDE	☐ Justificatif de domicile du lieu de résidence de l'élève (copie d'une facture par exemple). ☐ Copie du jugement pour les enfants en garde alternée ou à défaut, un courrier signé des 2 responsables légaux avec les précisions de modalités d'hébergement de l'enfant. ☐ Copie de l'affectation de l'élève pour les élèves d'ULIS (Ecole, Collège, Lycée). ☐ Copie de la notification MDPH pour les élèves bénéficiant d'une aide humaine. ☐ Copie de l'attestation d'assurance du véhicule en cours de validité pour les familles ayant fait le choix de véhiculer leur enfant et autorisation parentale en cas de transport effectué par une tierce personne. ☐ Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour les familles ayant fait le choix de véhiculer leur enfant ou pour les familles ayant sollicité le remboursement d'un abonnement de transport. ☐ Emploi du temps de l'élève (à partir du collège) dès septembre 2019.

☐ J'atteste sur l'honneur les renseignements indiqués dans le formulaire de demande de prise en charge*

☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement départemental sur le site internet www.seinemaritime.fr

☐ Je m'engage à fournir l'emploi du temps de mon enfant à la rentrée

A…….	SIGNATURE
Le……..	

Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la déclaration exigée en vue d'obtenir de l'État, des collectivités locales, un paiement ou un avantage quelconque indu s'expose à une sanction (code pénal art 441-6).

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA SYSTEMATIQUEMENT RETOUR

Les informations recueillies dans le cadre du présent dossier d'inscription font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription du demandeur. Conformément aux dispositions des articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, «relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés», toute personne concernée dispose d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et de suppression aux informations la concernant ainsi que d'opposition pour motifs légitimes. Ces droits peuvent être exercés par écrit aux adresses suivantes : Monsieur le *Délégué à la Protection des Données*, Département de la Seine-Maritime, Hôtel du Département - CS 56101 - Quai Jean Moulin - 76101 ROUEN cedex – courriel : dpo@seinemaritime.fr. *La durée de conservation des données à caractère personnel collectées est de 5 ans.*