



57bis, rue du Docteur Maunoury  
28000 CHARTRES  
02.37.20.13.00

## TRANSPORTS SCOLAIRES ADAPTÉS

Formulaire de demande de prise en charge  
pour les élèves ou étudiants reconnus en situation de handicap  
Année Scolaire 2024 -2025

Cadre réservé à l'administration

Date réception demande

AVIS MDA

1<sup>ère</sup> demande de transport  
A renvoyer au plus tard le 17/05/2024

Demande de renouvellement de transport  
A renvoyer au plus tard le 14/06/2024

### IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE OU DE L'ÉTUDIANT

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Garde alternée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (dans ce cas, préciser les semaines concernées par le transport et joindre le planning)	
Semaine paire : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Semaine impaire : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Précision(s) utile(s) à la prise en charge : .....	
L'élève-étudiant est-il appareillé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, avec : <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel-pliant <input type="checkbox"/> Fauteuil électrique <input type="checkbox"/> Fauteuil fixe <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) .....	
L'élève-étudiant est-il en capacité d'effectuer les transferts fauteuil-véhicule seul ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre matériel à transporter (béquilles, ordinateur...).....	

### ADRESSE DE L'ÉLÈVE OU DE L'ÉTUDIANT

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

*(Merci de signaler immédiatement tout changement de domicile en cours d'année dès connaissance)*

### ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE VERS LEQUEL LE TRANSPORT EST DEMANDÉ

Etablissement : .....	Commune : .....				
Qualité : <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Interne					
Niveau : <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Élémentaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Université	Classe 2024-2025 : ..... <i>A compléter obligatoirement</i>				
Précisez s'il s'agit d'une classe : <input type="checkbox"/> ULIS <input type="checkbox"/> EGPA	<i>A compléter obligatoirement</i>				
<input type="checkbox"/> Emploi du temps : <input type="checkbox"/> 5 jours par semaine <input type="checkbox"/> 4 jours par semaine	<i>A compléter obligatoirement</i>				
	LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI				
Heure d'ouverture de l'établissement					
Heure de fermeture de l'établissement					

**Si emploi du temps aménagé (DAME, SPIJ, ITEP, etc.), merci de nous fournir un justificatif.**

IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉgal 1	IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉgal 2
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
E-mail :	E-mail :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone mobile :	Téléphone mobile :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
Situation professionnelle :	Situation professionnelle :
Employeur :	Employeur :
Commune de travail :	Commune de travail :
Jours de travail : <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D	Jours de travail : <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D
Contraintes familiales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à détailler ci-après) ..... ..... .....	Contraintes familiales : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (à détailler ci-après) ..... ..... .....
La famille dispose de : <input type="checkbox"/> 1 véhicule personnel <input type="checkbox"/> 2 véhicules personnels <input type="checkbox"/> pas de véhicule personnel	

FAMILLE D'ACCUEIL	AUTRE LIEU DE VIE
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Etablissement :
Nom :	Nom du référent :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
E-mail :	E-mail :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone mobile :	Téléphone mobile :

MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE
<i>Sous réserve de l'avis de la décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées</i>
<input type="checkbox"/> Je souhaite assurer moi-même le transport de mon enfant et je choisis l'indemnisation sur la base du forfait kilométrique selon les modalités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pour les trajets domicile / établissement scolaire <b>inférieurs ou égaux à 7 kilomètres</b> : <b>Forfait de 10 € TTC par jour de scolarisation</b></li> <li>○ Pour les trajets domicile / établissement scolaire <b>supérieurs à 7 kilomètres</b> : <b>0,38 € TTC par kilomètre, pour 4 trajets / jour (2 allers-retours)</b></li> </ul>
<input type="checkbox"/> Je souhaite bénéficier de la prise en charge d'un abonnement de transport en commun : <input type="checkbox"/> REMI <input type="checkbox"/> TER/SNCF <input type="checkbox"/> FILIBUS <input type="checkbox"/> NOSBUS <input type="checkbox"/> C'BUS <input type="checkbox"/> LINEAD <p style="text-align: center;"><b>La mise en place d'un transport adapté ne pourra être attribuée qu'à titre exceptionnel</b></p>
<input type="checkbox"/> Je ne peux assurer le transport de mon enfant moi-même et je demande la mise en place d'un transport scolaire adapté <b>collectif domicile – école</b> (En expliquer <b>OBLIGATOIREMENT</b> les raisons car le règlement priorise le remboursement des indemnités kilométriques ou des transports en commun. <b>Toute demande non argumentée sera automatiquement refusée</b> ). ..... ..... .....

## MES ENGAGEMENTS en contrepartie de ma demande de service public

J'atteste avoir pris connaissance du règlement départemental de transport des élèves et étudiants en situation de handicap. Celui-ci est à télécharger sur le site : [www.eurelien.fr](http://www.eurelien.fr), dans l'onglet « Mon quotidien », rubrique « Handicap ».

L'acceptation de la prise en charge organisée par la Maison Départementale de l'Autonomie et financée par le Conseil départemental d'Eure-et-Loir vaut acceptation du règlement par les parents, le responsable légal, le majeur, le transporteur. Les adultes s'engagent à respecter le règlement et à le faire respecter par l'élève.

Je m'engage à signaler rapidement tout changement de situation de l'élève ou des parents à la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) : par téléphone en cas d'urgence au 02.37.20.13.00 et systématiquement par écrit : par courriel à [transport.adapte@mda28.fr](mailto:transport.adapte@mda28.fr) ou par courrier.

En cas de prise en charge, je m'engage à faire état des trajets réalisés ou non, à signaler dès le 1<sup>er</sup> trimestre toute difficulté dans le transport adapté (absence de prise en charge, retard, etc.) et à répondre aux enquêtes de satisfaction ou de suivi de service.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de documents, toute obtention usurpée d'un droit, m'expose à des sanctions pénales et financières en application des articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal, ainsi, le cas échéant, à la récupération par le Département des sommes indûment perçues.

## INFORMATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT, À L'ARCHIVAGE ET À LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Département d'Eure-et-Loir, 28028 Chartres cedex, dans le but de gérer les demandes de transport scolaire pour les élèves en situation de handicap. La base légale du traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : services départementaux instructeurs des dossiers et aux partenaires et prestataires intervenant dans la gestion des dossiers ou la mise en œuvre des transports (Education Nationale, MDPH, transporteurs).

Les données sont conservées pendant 2 ans par le Département de l'Eure-et-Loir.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter : Maison départementale de l'autonomie (tél. : 02.37.33.46.46) ou, à défaut, notre délégué à la protection des données à l'adresse [dpo@eurelien.fr](mailto:dpo@eurelien.fr).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Les informations demandées sont indispensables pour instruire votre demande et elles ne font pas l'objet d'une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire, tout défaut de réponse pourra entraîner des retards ou l'impossibilité de traiter votre dossier.

- J'atteste que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts.
- J'atteste avoir lu et accepté le règlement, et le fait que le non-respect des consignes pourra entraîner l'exclusion temporaire voire définitive du transport.
- J'ai lu et j'accepte les conditions d'utilisation de mes données, précisées ci-dessus.

À DÉFAUT DE SIGNATURE ET D'ACCEPTATION DES CONDITIONS CI-DESSOUS,  
LE PRESENT FORMULAIRE VOUS SERA RETOURNE.

Date : .....

Signatures des représentants  
légaux\* :

\* La signature des deux représentants légaux ou du représentant légal le cas échéant est exigée.

## Formulaire à retourner impérativement

 **Avant le 17 mai 2024**  
pour une 1<sup>ère</sup> demande de transport

 **Avant le 16 juin 2024**  
pour une demande de renouvellement de transport



par courriel : [transport.adapte@mda28.fr](mailto:transport.adapte@mda28.fr) (sous format exclusif PDF)



ou par courrier :

MDA  
57 bis, rue du docteur Maunoury  
CS 41102  
28008 CHARTRES Cedex