

DEMANDE D'ALLOCATION TRANSPORT SCOLAIRE
ÉLÈVES DOMICILES DANS LE PAS-DE-CALAIS

ANNEE 20 _20

COLONNE RÉSERVÉE À
L'ADMINISTRATION

— NOTICE EXPLICATIVE AU VERSO —

PARTIE RÉSERVÉE AU CHEF DE FAMILLE

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE (Cachet de l'Établissement Scolaire)

Nom de l'Élève : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ SEXE⁽¹⁾ : MASCULIN FÉMININ

Adresse : _____

Commune : _____ Département : _____

Date d'effet de l'allocation pour l'année scolaire en cours : _____

Pour le parcours de : _____ à _____

Etablissement fréquenté l'année précédente : _____

Lieu d'hébergement durant la semaine - Adresse exacte : _____

Nom, Prénom du chef de famille ⁽¹⁾ : Mme Mlle M. _____

qui certifie avoir pris connaissance des observations au verso

Adresse e-mail : _____ Tél. : _____ Mobile : _____

Date : _____ Signature

*L'Administration se réserve le droit de renvoyer toute demande incomplètement renseignée.
Joindre un relevé d'identité postal ou bancaire mentionnant votre code IBAN
(les versements ne peuvent être opérés sur des livrets de Caisse d'Épargne Ecureuil).
Le paiement de l'allocation s'effectuera dans le courant du mois suivant chaque trimestre scolaire.*

PARTIE RÉSERVÉE AU CHEF D'ÉTABLISSEMENT

Classe : _____ Section : _____ Diplôme préparé : _____

Spécialité : _____ Langues étudiées : _____

Le cas échéant, option justifiant la scolarisation dans votre établissement : _____

Régime de l'élève : DEMI-PENSIONNAIRE OU EXTERNE INTERNE⁽¹⁾

Observations : _____

Cette demande a été renseignée conformément à l'instruction N°3 de la brochure
éditée par le Service des Transports Scolaires

Transmis le : _____ Cachet : _____

Signature du Chef d'Établissement

Nombre de jours de classe/semaine (impératif) : _____

sauf les

Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa
AR	AR	AR	AR	AR	AR

 (cercler les jours de non utilisation)

PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION
NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE

L'Enseignement recherché est dispensé au : _____

Rejet Parcours Partiel Parcours Total Parcours AR LR _____, LO

DE _____ de _____ à _____

A _____

Avec effet du : _____ jusqu'au _____

à : _____

(1) Cocher la mention utile



NOTE EXPLICATIVE

Cet imprimé dûment rempli doit être obligatoirement remis au Chef d'Établissement scolaire fréquenté qui le transmettra directement à : **Région Hauts-de-France**

Direction des Transports Scolaires et Interurbains
Département du Pas-de-Calais
7 rue du 19 mars 1962
62000 DAINVILLE

Il doit être rempli avec exactitude et avec le plus grand soin, en indiquant notamment de façon très lisible et à raison d'une lettre par case, les noms, prénoms et adresse de l'élève et d'un caractère par case la date de naissance.

En cas de fausse déclaration, la famille de l'élève concerné devra rembourser le montant de l'allocation versée. Il en sera ainsi, notamment lorsque l'élève bénéficiera d'une allocation alors qu'il sera en possession d'une carte de transport, même non utilisée.

CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT À SUBVENTION

- résider à **plus de 3 kms de** l'établissement fréquenté.
- fréquenter l'établissement de secteur ou à défaut le plus proche dispensant l'enseignement recherché.
- De plus, concernant les élèves externes ou demi-pensionnaires : être domiciliés à plus de 3 Km du point de ramassage scolaire le plus proche.

IMPORTANT

Toute modification dans la situation de l'élève (arrêt des études, changement de régime de l'élève...) doit impérativement être communiquée à :

Région Hauts-de-France
Direction des Transports Scolaires et Interurbains
Département du Pas-de-Calais
7 rue du 19 mars 1962
62000 DAINVILLE