



DEMANDE DE CARTE DE TRANSPORT SCOLAIRE - ANNÉE 2017-2018

COMMUNE

- Entre-Deux Saint-Joseph Saint-Philippe Le Tampon
 Renouvellement 1^{ère} demande Changement adresse Changement établissement

Merci de faire viser cette demande par le chef d'établissement scolaire fréquenté par votre enfant. Lors de son inscription, vérifier les informations figurant dans le cadre et compléter si nécessaire. Nous vous prions de bien vouloir transmettre votre demande à l'agence la plus proche. Date de validité de la demande : 3 mois à compter de la date de dépôt du dossier (au delà, le dossier sera annulé).

Joindre obligatoirement :

- Une photo d'identité (Cf. notice explicative ; Indiquez Nom et Prénom au dos de la photo);
- Une photocopie d'un justificatif d'adresse de moins de 3 mois de l'année en cours;
- Une attestation de la CAF de moins de 3 mois ou le dernier avis d'imposition;
- Le règlement intercommunal des transports daté et signé par les parents ou le représentant légal.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Nom/prénoms :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Code postal/ville :
 Arrêt de montée :
 Mail :
 Je souhaite recevoir des informations par mail Oui Non
 Radiers submersibles Oui Non Nom du radier :

En cas de renouvellement, indiquer le numéro du titre de transport (le n° de carte débute par 2 lettres : ED.. ou JO.. ou PH.. ou TA..) :

N°CIRCUIT	LUNDI/MARDI/JEUDI/VENDREDI	MERCREDI	SAMEDI
MATIN			
SOIR			

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE

- Père Mère Tuteur

Nom/prénoms :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Code postal/ville :
 Téléphone domicile : Travail : Portable :
 Mail :
 Je souhaite recevoir des informations par mail Oui Non
 Autres enfants transportés - Noms et prénoms :

ÉCHÉANCIER DE PAIEMENT DES TRANSPORTS SCOLAIRES - ANNÉE 2017-2018

ÉCHÉANCES	QUOTIENT INFÉRIEUR À 320	QUOTIENT SUPÉRIEUR À 320	DATE LIMITE DE PAIEMENT
ANNUEL	90€	130€	À la validation du dossier
TRIMESTRIEL	22,50€ /trimestre	32,50€ /trimestre	Trimestre 1 : à la validation du dossier Trimestre 2 : avant le 31 octobre 2017 Trimestre 3 : avant le 31 janvier 2018 Trimestre 4 : avant le 30 avril 2018
EN 10 MENSUALITÉS DE AOÛT À MAI JUIN ET JUILLET EN EXO	9€/mois	13€/mois	Avant le 31 du mois précédent. Ex : pour le mois de novembre, à régler avant le 31 octobre.

LES AGENCES CASUD

AGENCE DE SAINT-PHILIPPE Pôle de Proximité de Saint-Philippe 43, RN2 Basse Vallée Tél : 0262.52.25.54	AGENCE DE LA PLAINE DES CAFRES Rue Raphaël Douyère Tél : 0692.65.86.64	AGENCE DE L'ENTRE-DEUX Mairie au bureau de l'urbanisme Tél : 0262.39.50.50	AGENCE DU TAMPON 101bis, rue Albert Fréjaville Tél : 0262.57.99.77	AGENCE DE SAINT-JOSEPH Pôle de Proximité de Saint-Joseph 276, rue Raphaël Babet Tél : 0262.30.87.87
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ POUR L'ANNÉE 20.../20...

Nom de l'établissement :

Établissement : Public Privé

Régime : Externe Demi-Pension Interne

CLASSE FRÉQUENTÉE POUR LA PROCHAINE RENTRÉE (à remplir obligatoirement)

Maternelle : Petite Section Moyenne Section Grande Section

Primaire : CLIS CE1 CM1

CP CE2 CM2

Collège : 6^{ème} 5^{ème} 4^{ème} 3^{ème}

Lycée : 2^{nde} 1^{ere} Terminale BTS

Lycée Professionnel : BEP CAP Bac Pro

1^{er} année
 2^{ème} année

Autres :

POUR LES ÉLÈVES INTERNES (à remplir obligatoirement)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE D'ACCUEIL EN CAS D'ÉVACUATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom/prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal/ville :

Arrêt de montée :

Je m'engage à fournir à la direction des transports de la CASUD les informations de la famille d'accueil hébergeant mon enfant en cas d'évacuation d'urgence. A défaut je décharge la CASUD de toute responsabilité.

POUR LES ÉLÈVES DE CLASSE MATERNELLE (à remplir obligatoirement) Article 14 du règlement Intercommunal des Transports Scolaires

Je soussigné(e), M ou Mme autorise les personnes indiquées ci-dessous à récupérer mon enfant au point d'arrêt indiqué sur la carte de transport scolaire.

NOMS/PRÉNOMS	ADRESSE	N° DE TÉLÉPHONE

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTANT QUE L'INSCRIPTION A EU LIEU

Cachet de l'établissement fréquenté attestant que l'inscription scolaire a bien eu lieu	Signature du responsable de l'élève attestant l'exactitude des renseignements mentionnés sur le document présent
Date : Cachet/signature (obligatoire)	Date : Cachet/signature (obligatoire)