


TRANSPORT SCOLAIRE

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

 : OU

N° du circuit : 312.001 312.002

Arrêt :

École fréquentée en 2023 / 2024 :

Maternelle Libération

Maternelle Jean Jaurès

Primaire Madeleine Brès

Élémentaire Libération

Élémentaire Jean Jaurès

Renseignements médicaux

L'enfant fait-il l'objet d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) ?

oui non

Précisez quelle est la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Asthme Médicamenteuse(s)

Alimentaire(s) Autres :

Autorisations

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) de l'enfant,

Autorise le responsable de la ligne à prendre en charge mon enfant pendant le temps du transport scolaire

Autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'arrêt de bus

.....
.....
.....

Autorise mon enfant à quitter seul le service de transport scolaire

Autorise le responsable de la ligne à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'ai lu et j'accepte le règlement des transports scolaires

Date :

Signature :