

DEMANDE DE TRANSPORT SCOLAIRE D'ELEVE/ ETUDIANT HANDICAPE

FORMULAIRE A REMPLIR PAR L'ELEVE, LA FAMILLE OU LE REPRESENTANT LEGAL

- Première demande Renouvellement à l'identique Numéro MDPH :
 Renouvellement avec des modifications

Identité de l'élève ou étudiant concerné	
Nom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Né (e) le :
Adresse du domicile :	
Nom Prénom du responsable légal/ Parent 1 :	Nom Prénom du responsable légal/ Parent 2 :
Lien de Parenté :	Lien de Parenté :
Etablissement scolaire concerné	
Nom	Adresse
Classe suivie :	Internat : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autre (classe ou formation) :	

<p>➤ L'élève ou l'étudiant utilise-t-il les transports en commun avec un accompagnateur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>➤ Le transport domicile – établissement scolaire peut-il être assuré en véhicule personnel (par la famille ou autre) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, précisez les raisons (obligatoire) :</p>
<p>➤ L'élève ou l'étudiant présente-t-il des restrictions au transport collectif (plusieurs personnes dans le même véhicule) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, précisez les raisons (obligatoire) :</p>
<p>➤ L'élève ou l'étudiant se déplace-t-il en fauteuil roulant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> manuel <input type="checkbox"/> manuel pliable <input type="checkbox"/> électrique</p>
<p>➤ L'élève ou l'étudiant peut-il quitter seul son fauteuil et monter seul dans le véhicule ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>

Fait à, le

Signature des parents ou du représentant légal
ou de l'élève/étudiant, s'il est majeur

AVIS MEDICAL : DEMANDE DE TRANSPORT SCOLAIRE D'ÉLÈVE/ ÉTUDIANT HANDICAPÉ

(Toute information à caractère confidentiel peut être adressée au médecin de la MDPH, sous pli cacheté)

FORMULAIRE A REMPLIR EXCLUSIVEMENT PAR UN MEDECIN

Première demande Renouvellement à l'identique Numéro MDPH :

Renouvellement avec des modifications

Identité de l'élève ou étudiant concerné	
Nom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Né (e) le :

Nature du handicap :		
<input type="checkbox"/> Moteur	<input type="checkbox"/> Psychique	Peut-il rester seul au domicile sans danger ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Visuel	<input type="checkbox"/> Intellectuel	Autres (préciser) :
<input type="checkbox"/> Auditif	<input type="checkbox"/> Troubles du comportement	

Capacités	
Marche sans difficulté et sans aide : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Utilise les transports en commun <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non à justifier (obligatoire) :
Marche seul avec difficulté (Préciser le périmètre de marche) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Utilise les transports en commun accompagné : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Marche avec une aide humaine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autonome pour utiliser les transports en commun seul sans changement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autonome pour utiliser les transports en commun seul avec changements <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Marche avec une aide technique (Préciser laquelle) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Se repère dans le temps <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Gère sa sécurité personnelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
S'oriente dans l'espace/se repère lors d'un trajet <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Communique avec les autres <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Gère ses relations avec les autres <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lit <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Entend <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Voit <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Précisions/compléments

Fait à, le

Cachet et nom du médecin prescripteur