

TRANSPORT DES ELEVES ET ETUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP

DOSSIER DE DEMANDE 2024-2025

1. INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉLÈVE

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin
Adresse :
Code postal : Commune :
 Habite à moins de 1km de l'établissement Est scolarisé dans l'établissement de secteur
 Habite à plus de 1km de l'établissement N'est pas scolarisé dans l'établissement de secteur

2. LA DEMANDE

1^{re} demande Renouvellement

Vous sollicitez la prise en charge suivante :

La prise en charge du Pass transports en commun

L'élève peut prendre les transports en commun s'il est accompagné par un membre de la famille ou autre personne désignée par la famille

→ prise en charge du titre de transport de l'élève et du proche accompagnant

L'allocation kilométrique pour le transport assuré par la famille en véhicule personnel

La famille accompagne l'élève en véhicule personnel

→ versement d'une allocation forfaitaire calculée par tranches kilométriques

La mise à disposition d'un accompagnateur à pied ou en transport en commun

L'élève peut prendre les transports en commun s'il est accompagné : la famille ne peut pas l'accompagner et demande à bénéficier d'un accompagnateur mandaté par la Métropole de Lyon

→ prise en charge du titre de transport de l'élève

→ mise à disposition par un prestataire de la Métropole de Lyon d'un accompagnateur (si un accompagnateur ne peut être recruté, l'élève sera orienté vers le dispositif de transport en véhicule)

La mise à disposition d'un service de transport en véhicule

L'élève ne peut pas se rendre à pied ou prendre les transports en commun : la famille ne peut pas accompagner l'enfant et demande un prestataire, mandaté par la Métropole, sous réserve d'une distance minimale à parcourir à pied supérieure à un kilomètre (sauf incapacité médicale avec présentation de justificatifs)

→ mise à disposition d'un véhicule par un prestataire de la Métropole de Lyon

Les prises en charge ne sont pas cumulables (une seule case à cocher) sauf la mise à disposition d'un service de transport en véhicule et l'allocation kilométrique.

3. INFORMATIONS RELATIVES AU RESPONSABLE LEGAL / DEMANDEUR

Père Mère Tuteur Élève majeur

Nom : Prénom :
Date de naissance : Téléphone(s)* :

Courriel* :

Adresse :

Code postal : Commune :

En cas de résidence alternée, le second parent doit déposer un second formulaire de demande en son nom.

*Ces informations sont indispensables pour les échanges avec le service TEH et le prestataire éventuel.

En cas de garde de l'enfant dans un autre lieu que le domicile du parent demandeur :

grand-parent assistant(e) maternel(le) famille d'accueil / lieu d'accueil autre :

Nom :

Prénom :

Courriel* :

Téléphone(s)* :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Modalités de garde (jours / semaines de garde...)

.....

4. SCOLARITE DE L'ELEVE

Nom de l'établissement scolaire :

Commune :

Classe :

Dispositif éventuel : ULIS SEGPA UEEA

Si l'élève ou l'étudiant est en alternance ou apprentissage, est-ce rémunéré : Oui Non

Régime : Externe Demi-pensionnaire Interne

Jour(s) de transport vers l'établissement scolaire (à cocher) :

	Aller matin	Retour matin	Aller après-midi	Retour après-midi
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				

Rappel du règlement : Prise en charge maximale de 2 trajets par jour pour les externes ou demi-pensionnaires et de 2 trajets par semaine pour les internes

Cadre réservé à l'établissement scolaire

N° RNE (Répertoire National Établissements) de l'établissement :

Le chef d'établissement scolaire certifie l'exactitude des renseignements mentionnés sur cet imprimé

Date : / /

Cachet :

5. AUTONOMIE DE L'ELEVE/L'ETUDIANT

L'élève/étudiant est-il en fauteuil ? :

Oui

Non

Si oui caractéristique du fauteuil :

Pliable

Non pliable

L'élève/étudiant doit être transporté assis dans son fauteuil ? :

Oui

Non

Besoins de communication spécifique à signaler au prestataire* Oui Non

*ATTENTION aucune information médicale n'est transmise aux prestataires par le service TEH.

6. SIGNATURE

Je soussigné(e) :

certifie exactes les renseignements portés sur le présent imprimé,

avoir pris connaissance de l'ensemble des documents et informations joints au présent imprimé.

Nom et prénom du responsable légal (ou de l'élève si majeur) :

Fait à..... , le : / /

Signature :

TRANSPORT DES ELEVES ET ETUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP
CERTIFICAT MÉDICAL

À établir pour les élèves ou étudiants en situation de handicap qui ne peuvent utiliser, seuls, les transports en commun, pour se rendre à leur établissement scolaire, en raison de la gravité de leur handicap.

Le présent certificat médical est établi en vue d'évaluer la gravité du handicap de votre patient, élève ou étudiant, et de juger de sa capacité à prendre les transports en commun, accompagné ou seul.

L'autonomie de votre patient est évaluée par rapport à celle d'un patient du même âge et non déficient.

Pour permettre au médecin des services métropolitains de statuer, vous voudrez bien compléter toutes les rubriques et joindre tout document complémentaire que vous jugerez utile.

Élève/étudiant

NOM - PRÉNOM :

Date de naissance :

Responsable légal de l'élève

NOM- PRÉNOM :

Adresse :

.....

Tél :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

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

AUTONOMIE DE L'ÉLÈVE / ÉTUDIANT

Votre patient est capable de marcher [] Oui [] Non

Votre patient est capable de se repérer dans l'espace [] Oui [] Non

Votre patient est capable de communiquer [] Oui [] Non

Votre patient peut utiliser les transports en commun :

- avec un accompagnant (famille ou autre) [] Oui [] Non

- seul [] Oui [] Non

Si vous avez répondu non, pour quel(s) motif(s) médic(al/aux) :

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

À....., le

Signature et cachet du médecin