

Tout élève qui, en raison de sa situation de handicap médicalement établie, ne peut utiliser les moyens de transport en commun, est en droit de bénéficier d'une Allocation individuelle de transport (AIT).

<b>Partie Réservée à l'administration</b>	<b>Evaluation :</b>
Dossier complet <input type="checkbox"/> Dossier incomplet <input type="checkbox"/> Motif :	Type de prise en charge :

### Année scolaire 2025/2026

- 1<sup>re</sup> demande
- Renouvellement

### Pièces à joindre :

Un certificat d'inscription/préinscription/scolarité/à défaut faire compléter la partie réservée à l'établissement scolaire,

Un justificatif de domicile datant de - de 3 mois,

**Les dossiers incomplets et non signés seront systématiquement renvoyés.**

**Vous pouvez joindre à votre demande un courrier précisant toute information que vous jugeriez utile.**



### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  M  F

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Résidence de l'élève :

- Parents
- Père
- Mère
- Famille d'accueil
- Etablissement

Garde alternée :

- Oui
- Non

*Joindre l'extrait du jugement de divorce*

	Père	Mère	Famille d'accueil <i>(joindre la notification d'aide sociale à l'enfance)</i>
Nom			
Prénom			
Adresse			
CP/Commune			
Portable			
Fixe			
Mail			
Adresse professionnelle (préciser si sans emploi)			
Horaires de travail			
Informations complémentaires			



## SITUATION DE L'ÉLÈVE

• L'enfant est-il apte à utiliser seul les transports en commun (bus ou train) ?

Oui  Non

• Si oui, quel est le trajet emprunté ?

• Bénéficie t'il d'une carte de transport ?

Oui  Non

• La situation médicale de l'enfant occasionne-t-elle une difficulté pour son transport scolaire ?  
(fauteuil roulant pliable ou pas, pathologie lourde...)

Oui  Non

Si oui, précisez les difficultés liées au handicap :



## ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ POUR L'ANNÉE 2025 / 2026

### CADRE RESERVE A L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE

(Si non fournir un certificat d'inscription, de préinscription ou de scolarité précisant l'ensemble des renseignements ci-dessous)

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

Elève inscrit pour l'année scolaire 2025/2026 en classe :

ULIS École  ULIS Collège  ULIS Lycée

Etudes supérieures  Apprentis

Autres, précisez : .....

Date : ..... Signature : .....

Cachet de l'établissement :

### JOURS ET MODE DE SCOLARITE

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Externe

Demi P

Interne

Horaire d'accueil le matin :

.....

Horaire d'accueil le soir :

.....



## MODALITÉ DE TRANSPORT SCOLAIRE

• Jours de prise en charge souhaités : Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

• Pouvez-vous (parents, famille, autres...) accompagner votre enfant :

- En bus ?  Oui  Non - En véhicule personnel ?  Oui  Non  Partiellement

**Si oui**, une aide financière peut vous être accordée.

**Si non**, un mode de transport adapté, soumis à des conditions d'attribution restrictives, pourrait vous être octroyé (taxi), pour un transport individuel ou avec d'autres élèves, sur le même secteur géographique.

**PARTIE RÉSERVÉE AUX FAMILLES SOUHAITANT UN TRANSPORT ADAPTÉ**

*Tous les éléments déclarés ci-dessous sont susceptibles de faire l'objet d'une vérification*

• **La situation professionnelle** des parents occasionne-t-elle une difficulté pour le transport scolaire de l'enfant ?

- Oui
- Non

**Si oui**, précisez les difficultés rencontrées (**joindre les attestations employeurs précisant jours, horaires et lieux de travail**) :

• **La situation familiale** des parents (parent isolé, nombre d'enfants à charge...) occasionne-t-elle une difficulté pour le transport scolaire de l'enfant ?

- Oui
- Non

**Si oui**, précisez les difficultés rencontrées :

Prénom des Enfants à charge	Age	Ecole fréquentée et lieu	Horaires scolaires et périscolaires	Moyen de transport utilisé

• **La situation médicale et/ou** des parents (problème de santé, défaut de permis de conduire...) occasionne-t-elle une difficulté pour le transport scolaire de l'enfant ?

- Oui
- Non

**Si oui**, précisez les difficultés rencontrées (**joindre certificat médical**) :

**Vos droits conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD).**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au transport scolaire des élèves et étudiants en situation de handicap. Le Département du Gard est responsable du traitement qui relève d'une obligation légale (Article R213-13 du code de l'éducation). Les finalités sont l'organisation du transport ainsi que la gestion de l'aide financière afférente. Les destinataires des données sont les services instructeurs du Département et les agents et prestataires habilités pour assurer la maintenance informatique. Les données sont obligatoires et nécessaires pour l'instruction du dossier. Le défaut de réponse entraînera une impossibilité de traiter votre demande. Les données enregistrées sont conservées pour une durée conforme aux prescriptions des Archives Départementales.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ainsi que d'un droit d'opposition, du droit à la limitation du traitement et à l'effacement dans le cadre permis par le règlement européen. Vous pouvez exercer ces droits en justifiant de votre identité :

- soit en vous présentant à l'accueil de la MDPH,
- soit en écrivant à la MDPH : adresse postale ou mail mentionnés dans le formulaire et indiquer en objet « exercice des droits Informatique et Libertés ».

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Pour votre parfaite information, vous pouvez joindre notre délégué à la protection des données par écrit : adresse postale de la MDPH ou mail [dpo@gard.fr](mailto:dpo@gard.fr).

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus, et m'engage à signaler sans délai tout changement au Service Territorialisé de proximité de la MDPH.**

**Signature obligatoire** du bénéficiaire, du représentant légal ou du tuteur :

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....



**MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES**  
**Direction de l'Autonomie des personnes**  
**Service Territorialisé de proximité de la MDPH**  
**176, Boulevard du Président Salvador**  
**Allende**  
**30000 NIMES**  
Tél. : 04 66 05 39 77 ou 39 78  
Mail : [daut.ait@gard.fr](mailto:daut.ait@gard.fr)