



Nos réf. : DD/DL/JP/CE/17-102

A Mesdames et Messieurs les Maires des
communes hors PTU

Annecy, le 9 - MARS 2017

Objet : Allocation individuelle de transport
Année scolaire 2016/2017

Madame le Maire, Monsieur le Maire,

Je vous adresse sous ce pli, comme chaque année scolaire, une demande type
« d'Allocation Individuelle de Transport » (AIT).

Je rappelle que les parents concernés doivent remplir un imprimé selon le modèle
joint à la présente.

Je vous demande de bien vouloir diffuser cette information le plus largement
possible, notamment dans les établissements scolaires primaires de votre commune
et à inviter les parents à se mettre en relation avec l'Autorité Organisatrice Secondaire
des Transports Scolaires de votre secteur avant la fin du mois d'avril 2017.

J'ajoute que les parents ayant perçu une allocation en 2015/2016 recevront
directement une information à leur domicile.

Je vous prie d'agréer, Madame le Maire, Monsieur le Maire, l'assurance de mes
salutations distinguées.

Le Vice-Président du Conseil Départemental
délégué aux Infrastructures Routières, à la
Mobilité et aux Bâtiments

Denis DUVERNAY

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Denis Duvernay", written over a horizontal line.

PJ - 1 formulaire de demande d'allocation individuelle de transport

(*) A l'exception des communes internes à un Périmètre de Transports Urbains (PTU)

DEMANDE D'ALLOCATION INDIVIDUELLE DE TRANSPORT

POUR LES ELEVES DEMI-PENSIONNAIRES ET EXTERNES

VOIR EXPLICATIONS AU VERSO

CADRE A COMPLETER PAR LE RESPONSABLE DE L'ELEVE

NOM DE L'ELEVE : _____ PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|
 ADRESSE : _____
 CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| COMMUNE : _____
 RESPONSABLE DE L'ELEVE : _____ Père Mère
 TELEPHONE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| PORTABLE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 COURRIEL : _____ @ _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements
inscrits sur la présente demande.

SIGNATURE :

Je joins un RIB récent au nom du responsable ci-dessus

CADRE A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT FREQUENTE : _____
 COMMUNE : _____ TELEPHONE : _____
 CLASSE : _____ SECTION : _____ OPTION : _____
 L'ELEVE A-T-IL COURS : LE MERCREDI LE SAMEDI
 QUALITE : INTERNE EXTERNE DEMI-PENSION INTERNE/EXTERNE
 LANGUES VIVANTES : LV1 : _____ LV2 : _____ LV3 : _____

NOMBRE DE JOURS D'ABSENCE DE L'ELEVE AU
COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE ECOULEE
_____ JOURS

DATE : le ____ / ____ / 20 ____

VISA ET CACHET DU CHEF
D'ETABLISSEMENT

**CADRE A COMPLETER PAR LE RESPONSABLE DE L'ELEVE ET A CONTROLER PAR
L'ORGANISATEUR DES TRANSPORTS SCOLAIRES DU SECTEUR**

DISTANCE : DOMICILE - ETABLISSEMENT FREQUENTE _____ KM (si aucun transport en commun)
 OU DISTANCE : DOMICILE - POINT D'ARRET : _____ KM

POINT D'ARRET DU TRANSPORT EN COMMUN LE PLUS PROCHE
DU DOMICILE (Si un transport en commun existe) :

DATE : le ____ / ____ / 20 ____

COMMUNE : _____ LIEU DIT : _____

VISA ET CACHET
DE L'AO2

L.R. S.N.C.F. CIRCUIT SPECIAL

TRANSPORTEUR : _____ N° _____

CADRE RESERVE AU DEPARTEMENT

REFUS MOTIF A PRECISER : _____
 CALCUL DE L'ALLOCATION INDIVIDUELLE DE TRANSPORT POUR L'ANNEE SCOLAIRE 20 ____ / 20 ____
 _____ km x _____ ck x _____ jours = _____ €