



TRANSPORTS SCOLAIRES

NOM de l'établissement scolaire année 2024/2025 :

NOM de l'enfant : PRENOM :

ADRESSE :

NOM du/des Responsables légaux :

TELEPHONE :

NOM du/des Responsables légaux :

TELEPHONE :

NOM de l'arrêt STRAN :

Utilisera les transports scolaires à compter du :

TOUS les jours matin et soir : OUI / NON

Si non, merci de préciser par des croix dans le tableau ci-dessous les jours ou l'enfant prendra le bus :

| | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| MATIN | | | | |
| MIDI | //////////////////// | //////////////////// | //////////////////// | //////////////////// |
| SOIR | | | | |

Noms des personnes autorisées à prendre en charge l'enfant à la descente du bus :

.....

En cas d'absence à l'arrêt de bus des parents ou de la personne habilitée, l'enfant sera remis sous l'autorité et la surveillance de l'équipe Accueil périscolaire Jean René Teillant 60 route de Certé Trignac (heure de fermeture 18h45) cet accueil sera facturé.

Autorise mon enfant à rentrer non accompagné : oui / non

Date et signature