

TRANSPORTS SCOLAIRES 2016 – 2017



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ELEVE :

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / / CLASSE DE L'ENFANT :

REPRESENTANT LEGAL (ayant l'autorité parentale):

Père Mère Tuteur

NOM : PRENOM :

ADRESSE COMPLETE :

TELEPHONE : OU

POINT D'ARRET DU BUS :

(Le point de ramassage et de dépose doit obligatoirement être le même).

Votre attention est attirée sur le fait que les enfants sont déposés au point d'arrêt sans contrôle de la présence d'une tierce personne sur les lieux.

FREQUENTATION

<i>Cochez les jours <u>de présence de l'enfant au bus</u></i>	<i>MATIN</i>	<i>11H30</i>	<i>SOIR</i>
LUNDI			
MARDI			
MERCREDI			
JEUDI			
VENDREDI			

Je certifie, sous mon entière responsabilité, l'exactitude des renseignements ci-dessus, je m'engage à payer le tarif défini par le Conseil Général du Var, j'ai pris connaissance du règlement intérieur des transports scolaires.

Fait à Le

Signature du représentant légal :