

**TRANSPORTS SCOLAIRES  
2017 – 2018**



**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>
<i>LUNDI</i>			
<i>MARDI</i>			
<i>MERCREDI</i>			
<i>JEUDI</i>			
<i>VENDREDI</i>			

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 :