



POLE SOLIDARITÉ
DIRECTION DE L'AUTONOMIE

ASG / POLE LIQUIDATION / TRANSPORTS E.H.
Tèl : 04 68 11 81 12
transportseh@au.de.fr

ETAT DE FRAIS MENSUEL 2018-2019

TRANSPORTS SCOLAIRES EFFECTUES PAR LES PARENTS

AU TITRE DU TRANSPORT INDIVIDUEL

Mois de :

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE (OU DE L'ÉTUDIANT) :

ADRESSE DU DOMICILE :

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :

NOMBRE DE TRAJET(S) PAR JOUR : 1 A/R

2 A/R (SOUS RÉSERVE D'UN AVIS MÉDICAL PRÉCONISÉ PAR LA CDAPH)

KILOMÈTRES PAR A/R PARCOURUS AVEC L'ÉLÈVE PAR JOUR DE PRÉSENCE :

MONTANT TOTAL À REMBOURSER:

..... Euros

MONTANT TOTAL (EN LETTRE) :

NOM ET PRENOM DES PARENTS :

TEL : E-MAIL :

DATE ET SIGNATURE :

Cadre réservé à l'administration :

Code tiers :

Pièce N° :

Distance totale depuis sept. 2018 :

Réception le :

Traité GDA le :

ATTESTATION IK 2018-2019

A joindre aux états de frais et à retourner au Service TEH du Département de l'Aude

JUSTIFICATIF DE PRESENCE DE L'ELEVE

Semaine de : **4 j** **4.5** **Autres :**

CLASSE ET ETABLISSEMENT DE L'ELEVE :

PLANNING MENSUEL - MOIS DE :

Légende du Tableau à compléter :

- * Enfant Présent : EP
- * Enfant Absent : EA
- * Jour Férié : JF
- * Vacances Scolaires : VS
- * Etablissement Fermé : EF

	SEMAINE N°	SEMAINE N°	SEMAINE N°	SEMAINE N°	SEMAINE N°
LUN					
MAR					
MER					
JEU					
VEN					

Date : / /

Signature
du Responsable Légal

Signature et Visa
de l'établissement