

TRANSPORTS SCOLAIRES

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

ATTESTATION OBLIGATOIRE POUR LE TRANSPORT DES ENFANTS SCOLARISÉS EN CLASSE DE MATERNELLE

Je soussigné(e) Madame et/ou Monsieur :

Nom et Prénom du responsable de l'élève _____

Mère et/ou père de l'enfant :

Nom et Prénom de l'élève

Domicilié(e) :

Adresse du responsable

Code postal et commune |_|_|_|_|_|

M'engage à assurer personnellement l'accompagnement et la surveillance de mon (mes) enfant(s) jusqu'à la montée dans le véhicule scolaire lors du trajet ALLER, ainsi que sa (leur) prise en charge à l'arrêt dès la descente du véhicule lors du trajet RETOUR

Ou désigne la (les) personne(s) majeure(s) ci-dessous comme mandataire(s) :

Pour assurer l'accompagnement et la prise en charge de mon (mes) enfant(s) (pièce d'identité du mandataire obligatoire pour la prise en charge de(s) enfant(s) à la descente du véhicule

Mandataire désigné :

Nom Prénom

Adresse

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fait àLe.....

Signature du représentant légal (précédée de la mention « lu et approuvé »)