 



**Communauté d’Agglomération du Sud**

Entre-Deux Saint-Joseph Saint-Philippe Le Tampon

**DEMANDE DE CARTE DE TRANSPORT SCOLAIRE - ANNÉE 2021-2022**

# COMMUNES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Entre-Deux | Saint-Joseph | Saint-Philippe | Le Tampon |
| Renouvellement | 1ère demande | Changement adresse | Changement établissement |

*Merci de faire viser cette demande par le chef d’établissement scolaire fréquenté par votre enfant. Lors de son inscription, vérifier les informations figurant dans le cadre et compléter si nécessaire. Nous vous prions de bien vouloir transmettre votre demande à l’agence la plus proche ou sur* [*www.casud.re.*](http://www.casud.re/) *Date de validité de la demande : 3 mois à compter de la date de dépôt du dossier (au delà, le dossier sera annulé).*

**Joindre obligatoirement :**

* **Une photo d’identité (indiquez Nom et Prénom au dos de la photo);**
* **Une photocopie d’un justificatif d’adresse de moins de 3 mois de l’année en cours;**
* **Une attestation de la CAF de moins de 3 mois ou le dernier avis d’imposition;**
* **Le règlement intercommunal des transports daté et signé par les parents ou le représentant légal;**
* **Une attestation de scolarité si transmission du formulaire via le site www.casud.re;**
* **Une attestation de prise en charge pour les élèves primaires et maternelles, daté et signé par le représentant légal;**
* **Un RIB (en cas de paiement en 4 fois).**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ÉLÈVE**

Nom/prénoms : Date de naissance : Adresse : Code postal/ville : Arrêt de montée : Mail :

Autorise la CASUD à vous transmettre des informations par mail ou sms

Oui

Non

Radiers submersibles :

Oui

Non

Nom du radier :

**En cas de renouvellement, indiquer le numéro du titre de transport (le n° de carte débute par 2 lettres : ED.. ou JO.. ou PH.. ou TA..) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N°CIRCUIT | LUNDI/MARDI/JEUDI/VENDREDI | MERCREDI | SAMEDI |
| MATIN |  |  |  |
| SOIR |  |  |  |

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE DE L’ÉLÈVE**

Père Mère Tuteur

Nom/prénoms : Date de naissance : Adresse : Code postal/ville : Téléphone domicile : Travail : Portable : Mail :

Autorise la CASUD à vous transmettre des informations par mail ou sms

Oui

Non

## Autres enfants transportés - Noms et prénoms :

**PARTICIPATION FINANCIÈRES DE LA FAMILLE - ANNÉE 2021-2022**

**Je souhaite régler mon abonnement :**

**En ligne**

**En agence**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ÉCHÉANCES | QUOTIENT INFÉRIEUR 0  À 320 | QUOTIENT SUPÉRIEUR À 321 ET + | DATE LIMITE DE PAIEMENT |
| 1 FOIS | 90€ | 130€ | À la validation du dossier |
| 4 FOIS | 22,50€ X 4 | 32,50€ X 4 | 1er paiement : à la validation du dossier 2ème paiement : avant le 31 octobre 2021 3ème paiement : avant le 31 janvier 2022 4ème paiement : avant le 30 avril 2022 |

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ POUR L’ANNÉE 2021/2022**

Nom de l’établissement : ...............................................................................................................................................................

Établissement : Régime :

Public Externe

Privé

Demi-Pension Interne

**CLASSE FRÉQUENTÉE POUR LA PROCHAINE RENTRÉE (à remplir obligatoirement)**

Maternelle : Primaire :

Collège :

Petite Section CLIS

CP

6ème

Moyenne Section CE1

CE2

5ème

Grande Section CM1

CM2

4ème 3ème

Lycée :

2nde

1ere

Terminale

BTS

Lycée Professionnel :

BEP

CAP

Bac Pro  1ère année  2ème année

## Autres : ......................................................................................................................................................................

**POUR LES ÉLÈVES INTERNES (à remplir obligatoirement)**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE D’ACCUEIL EN CAS D’ÉVACUATION DE L’ÉTABLISSEMENT

Nom/prénoms : .............................................................................................................................................................................

Date de naissance : .......................................................................................................................................................................

Adresse : .......................................................................................................................................................................................

Code postal/ville : ............................................................................................... Téléphone : ....................................................

Arrêt de montée : ...........................................................................................................................................................................

Je m’engage à fournir à la direction des transports de la CASUD les informations de la famille d’accueil hébergeant mon enfant en cas d’évacuation d’urgence. A défaut je décharge la CASUD de toute responsabilité.

# POUR LES ÉLÈVES DE CLASSE MATERNELLE (à remplir obligatoirement) Article 16 du règlement Intercommunal des Transports scolaires

Je soussigné(e), M ou Mme autorise les personnes indiquées ci-dessous à récupérer

mon enfant au point d’arrêt indiqué sur la carte de transport scolaire.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMS/PRÉNOMS | ADRESSE | N° DE TÉLÉPHONE |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Protection de vos données personnelles**

Les réponses à ce formulaire vont nous permettre d’instruire votre demande d’inscription.

Les données transmises sont confidentielles et restent stockées sur nos serveurs sécurisés pendant toute la durée de l’abonnement.

Vous disposez de droits d’accès, de rectification, de suppression ou d’opposition sur les données vous concernant. Vous pouvez les exercer en contactant le

délégué à la protection des données (DPO) de la CASUD à l’adresse [dpo@casud.re](mailto:dpo@casud.re) ou par courrier postal.

Pour plus d’informations, vous pouvez lire notre politique de confidentialité sur la page [https://www.casud.re/rgpd/transport-scolaire.html](http://www.casud.re/rgpd/transport-scolaire.html)

# CACHET DE L’ÉTABLISSEMENT ATTESTANT QUE L’INSCRIPTION A EU LIEU

|  |  |
| --- | --- |
| Cachet de l’établissement fréquenté attestant que l’inscription scolaire a bien eu lieu | Signature du responsable de l’élève attestant l’exactitude des rensei- gnements mentionnés sur le document présent |
| Date : ....................................................................  Cachet/signature (obligatoire) | Date : ...................................................................  Cachet/signature (obligatoire) |

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT : LES AGENCES CARSUD**

**de Saint-Philippe**

**43, RN2 Basse Vallée Tél : 0262.52.25.54**

[**inscriptions-stphilippe@casud.re**](mailto:inscriptions-stphilippe@casud.re)

**(Derrière la mairie)**

**Rue Raphaël Douyère Tél : 0692.65.86.64**

[**inscriptions-pdc@casud.re**](mailto:inscriptions-pdc@casud.re)

**LA PLAINE**

**CE DE**

**DES CAFRES**

**AGEN**

**Pôle de Proximité**

**SAINT-**

**CE DE PHILIPPE**

**AGEN**

**(derrière la mairie)**

**Tél : 0262.54.01.81**

[**inscriptions-entredeux@casud.re**](mailto:inscriptions-entredeux@casud.re)

**2, rue Fortuné Hoarau**

**L’ENT**

**CE DE**

**RE-DEUX**

**AGEN**

**101bis, rue Albert Fréjaville Tél : 0262.57.99.77**

[**inscriptions-tampon@casud.re**](mailto:inscriptions-tampon@casud.re)

**DU T**

**NCE AMPON**

**AGE**

**NCE**

**T-JOSEPH**

**de Saint-Joseph 276, rue Raphaël Babet**

**Tél : 0262.30.87.87**

[**inscriptions-stjoseph@casud.re**](mailto:inscriptions-stjoseph@casud.re)

**Pôle de Proximité**

**DE SAIN**

**AGE**