

Grille des tarifs pour l'inscription de votre enfant au service Transports64 scolaires.

MON ENFANT EST DEMI-PENSIONNAIRE		
Tarif de base	100 €	pour le 1 ^{er} enfant
	80€	pour le 2 ^{ème} enfant
	0€	pour le 3 ^{ème} enfant transporté, et au-delà
Tarif majoré	180 €	par enfant

MON ENFANT EST INTERNE	
Tarif de base	40 €
Tarif majoré	60 €

Ces coûts sont forfaitaires, pour l'année scolaire, quelle que soit l'utilisation du service.
Dans le cas d'un paiement en ligne, vous pouvez échelonner vos paiements en 1 ou 4 fois.

Où et quand retourner cet imprimé ?

Remplie par les parents (ou le représentant légal), cette fiche d'inscription accompagnée d'une photo d'identité et du paiement, doit être renvoyée au Département avant le 19 juillet 2017. Les demandes faites après la date de clôture des inscriptions seront majorées de 20€.

Vous pouvez la déposer ou la poster :

Hôtel du Département des Pyrénées-Atlantiques

Service transports scolaires

64, avenue Jean Biray

64058 PAU Cedex 9

La carte sera envoyée à votre domicile dans les meilleurs délais.

Plus d'infos sur www.transports64.fr
Inscription et paiement possibles en ligne.

**Fiche
d'inscription
2017-18**

*En route
pour le savoir !*

hoterepublique.com - 2017 - © Shutterstock

Demande d'inscription - transport scolaire

Transport quotidien
(élève demi-pensionnaire)

Transport hebdomadaire
(élève interne)

ÉLÈVE

Photo
de l'élève
OBLIGATOIRE

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance | | | | | | | | | |

Sexe Masculin
 Féminin

SCOLARITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom de l'établissement _____

Commune _____ Langues _____

Classe _____ Options _____

INFORMATIONS TRANSPORT

Point(s) de montée _____

REPRÉSENTANT LÉGAL

Monsieur Madame

Nom _____

Prénom _____

Adresse : N° _____ Rue _____

Code postal | | | | | | Ville _____

Téléphone | | | | | | | | | | **Portable** | | | | | | | | | |

E-mail _____

Date de naissance | | | | | | | | | |

Distance **domicile-établissement** | | | | km

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et celles concernant la scolarité de mon enfant.

Date | | | | | | | | *Signature*

DEUXIÈME REPRÉSENTANT

A remplir en cas de garde alternée ou de famille d'accueil

Garde alternée **Famille d'accueil**

Monsieur Madame

Nom _____

Prénom _____

Adresse : N° _____ Rue _____

Code postal | | | | | | Ville _____

Téléphone | | | | | | | | | | **Portable** | | | | | | | | | |

E-mail _____

Distance **domicile-établissement** | | | | km

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et celles concernant la scolarité de mon enfant.

Date | | | | | | | | *Signature*