Pôle Solidarité humaine
Direction de l'autonomie
Service prestations individuelles
et soutien à l'autonomie
Mission transport adapté
1 avenue de la Préfecture
CS 24218 – 35042 RENNES CEDEX
transport.adapte@ille-et-vilaine.fr
02.99.02.31.86

TSA Transport Scolaire Adapté

FORMULAIRE À REMPLIR PAR LA FAMILLE

À destination de l'infirmière du service accompagnement médico-social (AMS) du Département

Ille & Vilaine
LE DÉPARTEMENT

Important ! À lire avant de compléter le formulaire :

Le présent document est établi en vue d'évaluer la capacité de l'élève ou de l'étudiant à prendre les transports.
Afin de permettre d'étudier la demande de transport scolaire adapté, vous voudrez bien :

- ☑ Compléter toutes les rubriques.
- ☑ Joindre le dernier GEVASCO.
- ☑ Transmettre tout document complémentaire daté de moins d'un an que vous jugerez utile (bilan des professionnels médicaux, paramédicaux, des services d'accompagnement...).

1. Identité de l'élève ou de l'étudiant à transporter

Nom : _____ **Prénom :** _____

Numéro d'individu MDPH : _____ ☐ Fille ☐ Garçon **Né·e le :** _____

2. Généralités

Nature du handicap ? (Cochez la ou les cases correspondante(s) :

Moteur :	☐ Oui	☐ Non
Visuel :	☐ Oui	☐ Non
Auditif :	☐ Oui	☐ Non
Psychique :	☐ Oui	☐ Non
Intellectuel :	☐ Oui	☐ Non
Troubles du comportement :	☐ Oui	☐ Non
Autres (précisez) :	☐ Oui	☐ Non _____

L'élève se déplace en fauteuil roulant : ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant peut-il rester seul au domicile sans danger ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de temps ? _____

3. Capacités motrices :

Votre enfant peut :

Marcher sans diffculté et sans aide :	☐ Oui	☐ Non
Marcher seul avec difficulté (Précisez le périmètre de marche) **:**	_____	
Marcher avec une aide humaine :	☐ Oui	☐ Non
Marcher avec une aide technique (Précisez laquelle) **:**	_____	
Faire du vélo, de la trottinette :	☐ Oui	☐ Non
Utiliser les transports en commun ACCOMPAGNÉ :	☐ Oui	☐ Non
Utiliser les transports en commun seul SANS correspondance :	☐ Oui	☐ Non
Utiliser les transports en commun seul AVEC correspondances :	☐ Oui	☐ Non

4. Capacités cognitives :

Votre enfant peut :

Se repérer dans le temps :	☐ Oui	☐ Non	**Respecter les règles sociales :**	☐ Oui	☐ Non
S'orienter dans l'espace / Se repérer lors d'un trajet :	☐ Oui	☐ Non	**Gérer sa sécurité personnelle :**	☐ Oui	☐ Non
Gérer ses relations avec les autres :	☐ Oui	☐ Non			

5. Communication :

Votre enfant peut :

Communiquer avec les autres
(Par exemple s'identifier, donner son adresse) : ☐ Oui ☐ Non

Lire : ☐ Oui ☐ Oui mais avec difficultés ☐ Non

Entendre : ☐ Oui ☐ Non **Précisez :** _____

Voir : ☐ Oui ☐ Non **Précisez :** _____

6. Précisions utiles à votre demande :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Fait à : _____

Le : _____

Signature·s obligatoire·s

(Cliquez sur l'icône dans la barre d'outils en haut du document)

À retourner dans les meilleurs délais

• **Par email** à :

transport.adapte@ille-et-vilaine.fr

OU

• **Par courrier** à :

Département d'Ille-et-Vilaine
Pôle Solidarité Humaine – service PISA
Mission transport scolaire adapté
1 avenue de la Préfecture – CS 24218
35042 RENNES CEDEX

L'infirmière du service accompagnement médico-social (AMS) du Département est habilitée à prendre connaissance des éléments du **dossier MDPH de votre enfant**. Tous les éléments seront transmis à la MDPH pour compléter le dossier de votre enfant

⚠ **Ce document ne vaut pas demande de révision du dossier MDPH de votre enfant.**