



Toutes les demandes doivent être transmises à :

**SIVM du Haut Giffre**  
508 avenue des Thézières  
74440 TANINGES  
Tél : 04 50 34 31 09  
accueil@hautgiffre.fr

**NOM ET ADRESSE DU REPRESENTANT LEGAL DE L'ELEVE**

Père  Mère  Tuteur légal  Famille d'accueil

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AVANT LE 13/07/2018**

**IDENTITE DE L'ELEVE**

Nom : « \_\_\_\_\_ » N° élève : \_\_\_\_\_

Prénom : « \_\_\_\_\_ » Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Tél \_\_\_\_\_ Port. du représentant \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2018/2019, VOUS SEREZ SCOLARISE(E)**

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_ Commune étab. : \_\_\_\_\_

½ pensionnaire  Externe

**NE CONCERNE PAS LES ELEVES INTERNES**

<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> CE1	<input type="checkbox"/> CE2	<input type="checkbox"/> CM1	<input type="checkbox"/> CM2
<input type="checkbox"/> 6 <sup>ème</sup>	<input type="checkbox"/> 5 <sup>ème</sup>	<input type="checkbox"/> 4 <sup>ème</sup>	<input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup>	<input type="checkbox"/> Seconde	<input type="checkbox"/> Première
<input type="checkbox"/> Terminale	<input type="checkbox"/> BTA	<input type="checkbox"/> CPA	<input type="checkbox"/> CAP 1 <sup>ère</sup> an.	<input type="checkbox"/> CAP 2 <sup>ème</sup> an.	<input type="checkbox"/> BEP 1 <sup>ère</sup> an.
<input type="checkbox"/> BEP 2 <sup>ème</sup> an.	<input type="checkbox"/> 4 <sup>ème</sup> Techno	<input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> Techno	<input type="checkbox"/> Autres _____	(A préciser)	

Section (1) \_\_\_\_\_ Langue 1 \_\_\_\_\_  
(1) SES – SEGPA – STT – SVT...

Option(s) (2) \_\_\_\_\_ Langue 2 \_\_\_\_\_  
(2) Latin – Grec – Sport – Musique..

Garde alternée ?  Oui  Non

L'élève a-t-il obtenu une dérogation ?  Oui  Non (si oui, joindre une photocopie de la dérogation)  
Attention : La dérogation délivrée par l'Education Nationale, n'entraîne pas une dérogation pour les transports

**TRANSPORT(S) 2018/2019**

Point de montée : \_\_\_\_\_  
Correspondance éventuelle : \_\_\_\_\_  
Distance domicile – établissement (en km) : \_\_\_\_\_

Date et signature du représentant légal

Tarif LR  
Code Circuit

**Cadre réservé à l'administration**