

A retourner au moins 15 jours avant la date de prise  
en charge

A remplir par la famille et l'établissement scolaire

**Correspondant**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**Accueilli(e) chez**

Nome de l'élève : .....  
Prénom de l'élève : .....  
Inscrit au transport scolaire 2025-2026 : OUI    NON  
Si oui, n° de dossier d'inscription : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Mail de la famille : .....  
Téléphone : .....  
Période d'accueil du correspondant : du ..... au .....

**Ligne scolaire** (à relever sur le titre de transport du correspondant français)

Ligne scolaire n° : .....  
Commune du point de montée : .....  
Nom du point de montée : .....

**Date et signature du chef d'établissement  
ou de son représentant et cachet de  
l'établissement**

**Date et signature de la famille accueillant  
le correspondant**

**Autorisation de prise en charge**

Le Syndicat Mixte des Transports Urbains du Bassin Thiernois

- 1) Autorise la prise en charge du correspondant mentionné ci-dessus,

Sur la ligne : .....

- 2) Ne peut autoriser la prise en charge de correspondant mentionné ci-dessus pour le motif  
suivant

Motif : .....  
.....

