

## Autorisation de transport d'un accompagnateur

Année scolaire : \_\_\_\_\_

Pour les enfants de 3 à 5 ans



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

Vu le règlement des transports scolaires SMTUT

### Accompagnateur

Nom ..... Prénom : .....

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

Adresse .....

Code postal : ..... Commune : .....

Mail : ..... Téléphone : .....

Ligne scolaire concernée

Ligne scolaire n° : .....

Le Président

Tony BERNARD  
Maire de Châteldon

