



## **TRANSPORTS SCOLAIRES**

Nom de l'Enfant : .....

Commune de résidence : .....

École de l'enfant : .....

**JOURS D'UTILISATION (planning ordinaire) DES TRANSPORTS SCOLAIRES PAR VOTRE ENFANT (cocher les cases concernées)**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

**NOM ET PRÉNOM de(s) l'adulte(s) ayant autorité pour prendre l'enfant en charge à l'arrêt du car en cas d'absence des parents :**

.....  
.....

**Portable : .....mail : .....**

**Nom de l'arrêt : .....**

**J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile à sa descente du car scolaire, le soir (à partir du CP uniquement).**

**Signature des Parents ou du Représentant légal**

**Document à retourner à :**

Communauté de Communes Bléré Val de Cher  
39 rue Gambetta  
37150 BLÉRÉ  
[transports-scolaires@cc-autourdechenonceaux.fr](mailto:transports-scolaires@cc-autourdechenonceaux.fr)