



CAP

# Bougez avec l'agglo

## TRANSPORTS SCOLAIRES



### PRISE EN CHARGE du TRANSPORT POUR LES CORRESPONDANTS

Année scolaire \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nationalité du (ou des) correspondant(s) : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée : \_\_\_\_\_ Date de départ : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom	Adresse de l'élève	N° dossier transport	Nom du transporteur	Nom et Prénom du correspondant

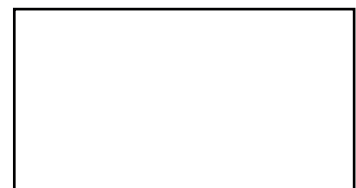
#### ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

TÉL. FIXE

AD. MAIL

Cachet de l'établissement



Fait à : \_\_\_\_\_

le : \_\_\_\_\_