

**DEMANDEUR***(à compléter obligatoirement)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DEMANDE D'AUTORISATION DE TRANSPORT  
PERISCOLAIRE**

D'emprunter le circuit spécial \_\_\_\_\_ pour se rendre à  
 \_\_\_\_\_ durant  
 la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**Adultes encadrants :***(à compléter obligatoirement)*

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

NOM DE L'ELEVE	PRENOM	COMMUNE DOMICILE	ECOLE

Date :

Signature :