

FORMULE 4

**TRANSPORT SCOLAIRE  
LIBRE CHOIX - REMBOURSEMENT**

(à transmettre au **Bureau régional du Transport scolaire**)

Etablissement .....

ZONE DE : .....

PERIODE TRIMESTRIELLE DU .....AU.....

...NATURE DU TRANSPORT UTILISE : .....

Nom-prénom N° élèves bén	Localité	Adresse Rue, N°	Distance Dom./Ecole	Niv. Ens.	Classe Sect./Opt.	Ens. Sec. Type/Forme	Montant de l'abonn.	Nbr.jrs absences	Case réservée au TEC
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									

TOTAL A PAYER :  Euros

Le chef de l'établissement soussigné (ou le Délégué du P.O.) certifie que les élèves mentionnés sur la présente liste réunissent les conditions légales pour bénéficier du transport de LIBRE CHOIX. Il déclare en outre avoir constaté l'usage régulier du titre de transport et l'exactitude du prix payé.

Cachet de l'établissement : Nom et signature  
du Chef d'établissement

Signature du responsable administratif  
du Bureau régional du Transport scolaire

Signature du responsable TEC

Date: