

FRAIS DE DEPLACEMENTS DES ETUDIANTS HANDICAPES

Loi N°83-663 du 22 juillet 1983
Décret N°84-478 du 19 juin 1984
Circulaire du 5 juillet 1984
Décret du 19 juin 1989

Affaire suivie par : Mme Dufossé
Tél : 01 39 24 52 33
Fax : 01 39 20 85 17

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Adresse :

Nature de l'atteinte fonctionnelle :

Dénomination et adresse de l'établissement d'enseignement supérieur :

.....

.....

Distance séparant votre domicile de l'établissement d'enseignement supérieur :

Moyen de transports utilisés :

Souhaitez-vous que vos frais de transport soient remboursés :

- A vous-même (joindre un RIB)

- A votre organisme de transport (joindre un RIB)

Raison sociale :

Adresse :

.....

Téléphone :

Avez-vous déjà bénéficié de remboursement de vos frais de trajets : oui non

Si oui, en quelle(s) année(s) :

Dans le cadre de quelles études :