

Formulaire d'inscription au service Pam francilien

Afin de bénéficier du service Pam francilien, vous devez remplir intégralement ce dossier d'inscription.

Les étapes de l'inscription

Étape 1 : Vérifier que vous êtes bien éligible

Le service Pam francilien est ouvert :

Aux résidents de l'Île-de-France exclusivement si :

- Ils ont une carte de stationnement délivrée par l'office national des anciens combattants (double barre),
- Ils appartiennent aux catégories Groupe Iso-Ressources (GIR) de niveau 1 à 4.

Aux résidents du territoire français si :

- Ils ont une « Carte Mobilité Inclusion » (CMI) portant la mention « Invalidité »,
- Ils ont une carte d'invalidité (avec un taux d'incapacité de 80 % ou plus) (seulement jusqu'au 31 décembre 2026).

À noter que les personnes qui sont déjà inscrites aux services Pam sur justification d'une carte de stationnement pour personnes handicapées peuvent toujours bénéficier du service jusqu'au 31 décembre 2026.

Prenez connaissance des conditions d'utilisation du service jointes à ce dossier ou disponibles sur le site Pam francilien à l'adresse : pam.iledefrance-mobilites.fr/cgu

Étape 2 : Remplissez le dossier et rassemblez les documents et justificatifs

Les pièces à fournir sont les suivantes :

Pour toutes les demandes :

- Le présent dossier d'inscription complété ;
- Votre justificatif d'éligibilité au service Pam recto verso (par exemple : Carte Mobilité Inclusion, Carte d'invalidité, notification APA mentionnant le niveau de GIR, etc.) ;
- Une pièce d'identité recto verso.

Pour contacter le centre de services Pam francilien

pam.iledefrance-mobilites.fr, rubrique «Contactez-nous» ou contact@pam.iledefrance-mobilites.fr
par téléphone au 0 800 00 18 18 (service et appel gratuits)
ouvert du lundi au dimanche de 7h à 20h

Si vous souhaitez réserver des trajets réguliers :

- Le formulaire de demande de trajet régulier complété (page 10),
- Pour un mineur à partir de 10 ans : la lettre d'autorisation pour le transport de mineur (page 17).

Si vous effectuez la démarche pour un mineur, ou un majeur sous tutelle ou curatelle :

- La lettre de jugement et une copie recto verso du livret de famille (de l'enfant concerné et celle des parents).

Si vous souhaitez payer par prélèvement :

- Le formulaire d'autorisation de prélèvement automatique complété et signé (page 12) ;
- Le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) du compte à prélever.

En cas de prise en charge par un tiers payeur :

- Le formulaire de prise en charge par un tiers complété et signé par celui-ci (page 13) ;
- Un justificatif d'identité de votre tiers payeur : copie recto verso de sa carte d'identité pour une personne physique / un extrait Kbis de moins de 3 mois pour une société / les statuts si c'est une association.

Si votre tiers payeur opte pour le prélèvement :

- Le formulaire d'autorisation de prélèvement automatique de votre tiers payeur complété et signé par celui-ci (page 12) ;
- Le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) de votre tiers payeur.

Étape 3 : Renvoyez le dossier complet

Une fois rempli, le dossier complet et ses pièces justificatives sont à renvoyer :

- Par courriel : contact@pam.iledefrance-mobilites.fr
- Par courrier postal : Service PAM - TSA 61329 - 75564 PARIS CEDEX 12

Étape 4 : Instruction de votre dossier

Le centre de services instruit le dossier dans les 7 jours suivant la réception et vous informe si l'inscription est confirmée ou non.

Tout dossier incomplet ne permet pas l'inscription au service. Si votre dossier est incomplet, il vous sera renvoyé pour que vous puissiez le compléter.

Le centre de services vérifie la date de validité des justificatifs :

- Au moment de l'inscription ;
- Pendant toute l'utilisation du service.

Si une pièce arrive à expiration, le centre de services vous recontactera par téléphone ou courriel.

Condition d'accès au service

Merci de cocher les champs correspondant à votre situation.

Tous les questions suivis d'un astérisque () sont obligatoires.*

Vous êtes titulaire : *

D'une Carte Mobilité Inclusion (CMI) invalidité

D'une carte d'invalidité avec taux égal ou supérieur à 80%

D'une carte stationnement de l'Office National des Anciens Combattants (double barre)

De l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, relevant des catégories GIR 1 à 4

D'un autre justificatif, précisez :

Votre carte d'invalidité comporte t-elle la mention «besoin d'accompagnement» ?*

OUI

NON

Votre carte d'invalidité comporte t-elle la mention «besoin d'accompagnement cécité» ?*

OUI

NON

Êtes-vous déjà usager d'un Pam départemental ?*

OUI

NON

Si oui, dans quel département êtes-vous usager du Pam ?

Pam 75

Pam 77

Pam 78-92

Pam 91

Pam 93

Pam 94

Pam 95

Vos informations de contact

Civilité* : Madame Monsieur

Nom * :

Prénom * :

Date de naissance * (format JJ/MM/AAAA) : / /

Les mineurs de moins de 10 ans doivent être accompagnés par un accompagnateur gratuit valide sur l'ensemble du trajet.

Adresse * :

Complément d'adresse postale :

Code postal * :

Ville * :

Numéro de téléphone * :

Numéro de téléphone 2 :

Adresse électronique * :

Une fois votre inscription au service Pam confirmée, pour utiliser l'application ou le site de réservation Pam, il vous sera demandé de vous authentifier avec votre compte Île-de-France Mobilités Connect pour bénéficier de toutes les fonctionnalités : réservation autonome, suivi temps réel etc. Si vous n'avez pas encore de compte Île-de-France Mobilités Connect, prenez de l'avance et allez sur <https://connect.navigo.fr/> pour créer votre compte.

Votre responsable légal

Le bénéficiaire dépend t-il d'un responsable légal ? *

Non

Oui : curateur / tuteur

Oui : parent(s)

Si curateur/tuteur, indiquez le nom de l'organisme * :

Nom du responsable légal * :

Prénom du responsable légal * :

Téléphone du responsable légal * :

Adresse électronique du responsable légal * :

Pour contacter le centre de services Pam francilien

pam.iledefrance-mobilites.fr, rubrique «Contactez-nous» ou contact@pam.iledefrance-mobilites.fr
par téléphone au 0 800 00 18 18 (service et appel gratuits)

ouvert du lundi au dimanche de 7h à 20h

Contact en cas d'urgence

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence * :

Prénom de la personne à contacter en cas d'urgence * :

Lien avec le bénéficiaire * :

Téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence * :

Adresse électronique de la personne à contacter en cas d'urgence * :

Trajets

Pour vous informer

Quelles sont vos préférences pour recevoir les informations voyageur liées à vos réservations ? *

SMS

SMS vocal

Notification à consulter dans l'application Pam

Souhaitez-vous qu'une personne reçoive par SMS les informations voyageur liées à vos réservations ? *

Oui

Non

Nom du contact 1 * :

Prénom du contact 1 * :

Téléphone du contact 1 * :

Souhaitez-vous un second contact pour recevoir ces informations ? *

Oui

Non

Nom du contact 2 * :

Prénom du contact 2 * :

Téléphone du contact 2 * :

Vos besoins pour votre prise en charge

Pouvez-vous nous préciser votre type de handicap ? * (plusieurs choix possibles)

Handicap auditif et trouble du langage

Handicap visuel

Handicap cognitif et intellectuel

Handicap psychique

Handicap moteur

Autre handicap ou déficience

Si « Autre handicap ou déficience », précisez :

Utilisez-vous une aide à la mobilité ? *

Oui

Non

Quelle aide à la mobilité utilisez-vous ? *

Fauteuil

Déambulateur

Rollator

Scooter

Ce matériel est-il ? *

Electrique

Manuel

Ce matériel est-il ? *

Pliable

Non pliable

Pouvez-vous être transféré de votre fauteuil ou scooter ? *

Oui

Non

Votre fauteuil est-il hors norme ? *

Oui

Non

Votre fauteuil a-t-il des particularités que vous souhaiteriez préciser ?

Pouvez-vous préciser vos équipements et besoins en assistance ?

Chien d'assistance

Canne

Béquille

Assistance respiratoire

Attelles

Canne blanche

Avez-vous systématiquement besoin d'être accompagné lors de vos trajets ? *

Mention «besoin d'accompagnement» obligatoire sur votre justificatif.

Oui Non

**Attention : un accompagnateur sera enregistré à chacune de vos réservations.
Vous devrez l'annuler pour voyager seul. Les accompagnants facultatifs sont payants.**

Avez-vous un commentaire à faire sur vos prises en charge ?

Paiement

Paiement de vos trajets

Souhaitez-vous opter pour le prélèvement automatique ? *

Oui Non

Attention : ce mode de paiement est réservé aux usagers qui ont des trajets réguliers.

Si vous optez pour le prélèvement automatique, vous devrez joindre à ce formulaire l'autorisation de prélèvement automatique signée ainsi que votre relevé d'identité bancaire (RIB).

Souhaitez-vous être l'unique payeur de vos trajets ? *

Oui Non

Souhaitez-vous déclarer un tiers payeur ? *

Oui Non

Si vous souhaitez déclarer un tiers payeur, vous devrez joindre à ce formulaire le document de prise en charge par un tiers complété et signé par celui-ci.

Votre tiers payeur souhaite-t-il opter pour le prélèvement automatique ? *

Oui Non

Vous devrez joindre à ce formulaire l'autorisation de prélèvement automatique signée par votre tiers payeur ainsi que son RIB.

Veillez préciser le payeur par défaut *

Vous-même Votre tiers-payeur

Attention : Lors de vos réservations, pensez à modifier le payeur si cela est nécessaire.

Facturation

Souhaitez-vous recevoir vos factures mensuelles ? *

Par courriel Par courrier postal

Souhaitez-vous une adresse de facturation différente de l'adresse de votre domicile ? *

Oui Non

Si « Oui », précisez :

Nom du contact pour la facturation * :

Prénom du contact pour la facturation * :

Adresse postale de facturation * :

Complément d'adresse postale de facturation :

Code postal * :

Ville * :

Pour contacter le centre de services Pam francilien

pam.iledefrance-mobilites.fr, rubrique «Contactez-nous» ou contact@pam.iledefrance-mobilites.fr
par téléphone au 0 800 00 18 18 (service et appel gratuits)
ouvert du lundi au dimanche de 7h à 20h

Besoin d'aide ou d'informations complémentaires ?

Pour bénéficier d'une assistance pour remplir ce dossier d'inscription ou pour poser une question, vous pouvez contacter le centre de services Pam :

- Par téléphone au 0 800 00 18 18 (service et appel gratuits) du lundi au dimanche de 7h à 20h ;
- Par courrier : Service Pam TSA 61329, 75564 PARIS CEDEX 12

Acceptation des conditions d'utilisation du service Pam

Conformément à la loi Informatique et Libertés, le bénéficiaire ou son représentant légal déclare accepter que les informations transmises fassent l'objet d'un traitement interne. Le bénéficiaire ou son représentant légal pourra, à tout moment avoir accès à ces informations et demander leur modification, rectification ou suppression, en application de la loi Informatique et Libertés, auprès de la Ville de Paris, Service des Déplacements - 121 Avenue de France, 75013 Paris.

Le bénéficiaire ou son représentant légal reconnaît avoir pris connaissance des règles et conditions générales présentées dans le guide utilisateur et règlement et s'engage à les respecter.

Le bénéficiaire ou son représentant légal s'engage à communiquer au service Pam toute modification éventuelle de son adresse de domicile, de facturation, d'employeur, d'évolution en termes de besoin de prise en charge, etc.

Le bénéficiaire ou son représentant atteste sur l'honneur que les renseignements portés dans ce dossier et les annexes sont exacts.

Cochez la case ci-dessous pour confirmer que vous avez pris connaissance des conditions d'utilisation du service et que vous les acceptez*.

Date :

Signature de l'utilisateur :

Formulaire de réservation de trajet régulier

Un trajet régulier est un trajet :

- aux mêmes jours et aux mêmes horaires,
- avec le même point de départ et le même point d'arrivée,
- réalisé au moins 1 fois par semaine (au moins 4 fois par mois),
- pendant 1 mois minimum.

Par exemple : tous les lundis, pendant 1 mois minimum.

Afin de pouvoir réserver des trajets réguliers, vous devez au préalable être inscrit au service.

Êtes-vous déjà inscrit au service Pam ?

Oui Non

Si non, nous vous invitons d'ores et déjà à remplir le formulaire d'inscription au service.

Votre trajet régulier en détail

Tous les champs suivis d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Adresse de départ * :

L'adresse doit obligatoirement être une adresse en Île-de-France.

Adresse d'arrivée* :

L'adresse doit obligatoirement être une adresse en Île-de-France.

Si vous avez un ou des passagers additionnels, indiquez s'il s'agit de :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accompagnateur gratuit valide | <input type="checkbox"/> Accompagnant payant en fauteuil |
| <input type="checkbox"/> Aucun passager | <input type="checkbox"/> Accompagnant payant valide |

Pour connaître les conditions d'ajout de passagers additionnels, consulter la rubrique «L'accompagnement» sur le site Pam, rubrique « Préparer mon trajet ».

Si vous avez un ou des équipements, indiquez s'il s'agit de :

- Réhausseur enfant
- Autre équipement, précisez :

Transport vers un établissement *

Oui Non

Si un tiers prend en charge le paiement de ce trajet, indiquez lequel :

Le tiers qui prend en charge le trajet doit être déjà déclaré sur votre compte.

Type de réservation aller *

Indiquez au choix : soit votre heure de départ souhaitée, soit l'heure d'arrivée. Exemple : 9h30

Un départ à h ou Une arrivée à h

Souhaitez-vous réserver un trajet retour ? *

Oui Non

Type de réservation retour *

Un départ à h ou Une arrivée à h

Période de réservation

Début période de réservation (Date du premier trajet) * :

Exemple : 21/06/2023

Fin prévue ? *

Oui Non Si « Oui », précisez la date de fin de période de réservation :
Exemple : 21/06/2023

Jours concernés * (Sélectionnez un ou plusieurs jours de la semaine)

Lundi Mardi Mercredi Jeudi
 Vendredi Samedi Dimanche

Si le bénéficiaire a entre 10 et 18 ans, n'oubliez pas de joindre la lettre d'autorisation pour le transport de mineur à partir de 10 ans.

Besoin d'aide ou d'informations complémentaires ?

Pour bénéficier d'une assistance pour remplir ce dossier d'inscription ou pour poser une question, vous pouvez contacter le centre de services Pam :

- Par téléphone au 0 800 00 18 18 (service et appel gratuits) du lundi au dimanche de 7h à 20h ;
- Par courrier : Service Pam TSA 61329, 75564 PARIS CEDEX 12

Pour contacter le centre de services Pam francilien

pam.iledefrance-mobilites.fr, rubrique «Contactez-nous» ou contact@pam.iledefrance-mobilites.fr
par téléphone au 0 800 00 18 18 (service et appel gratuits)

ouvert du lundi au dimanche de 7h à 20h

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Merci de renvoyer ce document complété, daté et signé, accompagné de votre RIB à l'adresse ci-dessous

Pam

Un service



Centre de services Pam francilien
TSA 61329
75564 PARIS CEDEX 12
contact@pam.iledefrance-mobilites.fr

INFORMATIONS DÉBITEUR

N° de client : _____

Nom et Prénom* : _____ Numéro RCS* : _____
(ou Dénomination sociale si société)

Adresse* : _____

Code Postal* : _____ Ville* : _____ Pays* : _____

Adresse mail* : _____ N° de téléphone* : _____

IBAN* : _____

BIC* : _____

TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel

*Champs obligatoires

INFORMATIONS CRÉANCIER

KISIO CDS - 24 allée Vivaldi 75012 PARIS

ICS (Identifiant créancier SEPA) : FR46ZZZ89F5BB

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez KISIO CDS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de KISIO CDS.
Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous aurez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.*

Fait à : _____, le _____

Signature du débiteur précédée de la mention « lu et approuvé » :

Mention CNIL : Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec le client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 36 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Attestation Tiers-payeurs

Cette attestation a pour objet de conclure entre le service Pam francilien et le tiers du bénéficiaire, un engagement concernant le paiement des prestations effectuées avec le service Pam francilien. Les parties s'engagent à travers la transmission des informations ci-dessous.

Ce document est à retourner, complété des pièces justificatives suivantes :

- Personne morale : extrait Kbis ou statut le cas échéant,
- Personne physique : pièce d'identité en cours de validité
- Si vous optez pour le prélèvement automatique, le mandat de prélèvement SEPA

1. Informations sur l'utilisateur bénéficiaire :

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Demande à ce que sa participation financière pour ses déplacements effectués avec le service Pam francilien soit prise en charge par le tiers ci-dessous :

2. Informations sur le tiers payeur (à remplir par le tiers payeur) :

⇒ *Pour les tiers, personne physique :*

Nom, Prénom : _____

Agissant en qualité de : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

⇒ Pour les tiers, personne morale :

Nom, Prénom du représentant de la société : _____

Agissant au nom de la société (Nom commercial): _____

Agissant en qualité de : _____

Adresse du siège social : _____

Numéro de SIRET : _____

Dénomination / raison sociale de l'entreprise : _____

Contact facturation : _____

Adresse où envoyer les factures : _____

N° de téléphone du contact : _____

Adresse mail du contact : _____

Engagements du le tiers payeur (à remplir par le tiers payeur) :

Le tiers s'engage à prendre en charge le règlement du montant des déplacements et des pénalités potentielles du Pam francilien pour le compte de l'utilisateur bénéficiaire :

- Sous un délai de 40 jours après la date d'édition de la facture.
- Les pénalités associées aux trajets sont obligatoirement prises en charge par le tiers.

Cet engagement est valable :

- Sans limite de fréquence et d'adresse
- Uniquement pour certains trajets d'après les modalités suivantes :
 - Vers une adresse spécifique : _____
 - A une fréquence spécifique : _____
 - A une date précise : _____
 - Autres modalités : _____

Le tiers s'engage également à :

- Prendre connaissance du règlement de service disponible sur le site internet : pam.iledefrance-mobilites.fr
- Prévenir le service Pam francilien si l'utilisateur bénéficiaire ne fait plus partie de ses effectifs
- Renouveler cette attestation 3 mois avant son échéance.

Le tiers souhaite-t-il le dépôt des factures sur le portail Chorus Pro :

- Oui
 Non

Si oui, merci de préciser :

Le numéro d'engagement : _____

Le numéro de commande : _____

Le code service : _____

Les engagements de Pam francilien :

Le service Pam francilien s'engage à réaliser, après acceptation des parties, l'ensemble des prestations demandées par le bénéficiaire ainsi que le tiers d'après les modalités ci-dessus et dans le respect du règlement de service disponible sur le site internet : pam.iledefrance-mobilites.fr

Le présent engagement vaut jusqu'à la date du : _____

Cet engagement expirera de plein droit lors de la rupture du contrat du bénéficiaire avec le service Pam francilien.

Fait à _____, le ____/____./____

[Signature du tiers payeur et cachet le cas échéant]

[Signature de l'utilisateur bénéficiaire]



BNP PARIBAS

Relevé d'Identité Bancaire / IBAN

Ce relevé est destiné à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virement, paiements de quittances, etc.).
Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.

KISIO CDS
PAM FRANCILIEN
20 RUE HECTOR MALOT
75012 PARIS

Compte en EUR (EURO)

IBAN(1) :

FR76 3000 4008 2800 0132 9254 876

BIC(2) :

BNPAFRPPXXX

RIB(3) :	Code banque	Code agence	Numéro de compte	Clé RIB	Agence de domiciliation
	30004	00828	00013292548	76	PARIS A CENTRALE (00828)

(1) International Bank Account Number

(2) Bank Identifier Code

(3) Relevé d'Identité Bancaire



BNP PARIBAS

Relevé d'Identité Bancaire / IBAN

Ce relevé est destiné à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virement, paiements de quittances, etc.).
Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.

KISIO CDS
PAM FRANCILIEN
20 RUE HECTOR MALOT
75012 PARIS

Compte en EUR (EURO)

IBAN(1) :

FR76 3000 4008 2800 0132 9254 876

BIC(2) :

BNPAFRPPXXX

RIB(3) :	Code banque	Code agence	Numéro de compte	Clé RIB	Agence de domiciliation
	30004	00828	00013292548	76	PARIS A CENTRALE (00828)

(1) International Bank Account Number

(2) Bank Identifier Code

(3) Relevé d'Identité Bancaire



BNP PARIBAS

Relevé d'Identité Bancaire / IBAN

Ce relevé est destiné à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virement, paiements de quittances, etc.).
Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.

KISIO CDS
PAM FRANCILIEN
20 RUE HECTOR MALOT
75012 PARIS

Compte en EUR (EURO)

IBAN(1) :

FR76 3000 4008 2800 0132 9254 876

BIC(2) :

BNPAFRPPXXX

RIB(3) :	Code banque	Code agence	Numéro de compte	Clé RIB	Agence de domiciliation
	30004	00828	00013292548	76	PARIS A CENTRALE (00828)

(1) International Bank Account Number

(2) Bank Identifier Code

(3) Relevé d'Identité Bancaire



Lettre d'autorisation pour le transport de mineur à partir de 10 ans dans un véhicule du Pam francilien

Je soussigné(e) Monsieur/Madame _____

autorise mon enfant _____ âgé(e) de 10 ans ou plus dont je suis le père / la mère / le (la) responsable légal(e) à effectuer un/des trajets par le biais des véhicules du Pam francilien.

Au départ de [Indiquer l'adresse complète du lieu de prise en charge]

à [Indiquer l'adresse complète du lieu de dépose]

Par la présente, je donne mon accord pour que ce trajet soit effectué.

Ce trajet est

- Un trajet régulier
- Un trajet occasionnel en aller simple qui aura lieu le
- Un trajet occasionnel aller- retour qui aura lieu le.....

Informations concernant l'enfant mineur âgé(e) de 10 ans et plus :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Informations concernant les conditions de pose et de dépose de l'enfant :

1. Conditions de prise en charge sur place
 - L'enfant sera accompagné sur le lieu de prise en charge par sa mère / son père / le (la) responsable légal(e) / une autre personne nommément désignée ⁽¹⁾
 - L'enfant se présentera lui-même au véhicule ⁽²⁾

⁽¹⁾ Merci d'indiquer le nom, le prénom, le lien avec l'enfant (exemple : oncle, tante, baby-sitter etc.) et son numéro de téléphone

⁽²⁾ Par la présente, je donne mon accord pour que mon enfant se présente seul à l'arrivée du véhicule

La personne en charge de la dépose devra aider l'enfant à se mettre dans le véhicule, sous réserve qu'une demande d'accompagnement exceptionnel n'ait pas été réalisée.
Si tel est le cas et que cette demande a été validée par le centre de services, le conducteur pourra prendre le relai.

2. Conditions de dépose

- L'enfant sera accompagné sur le lieu de prise en charge par sa mère / son père / le (la) responsable légal(e) / une autre personne nommément désignée ⁽¹⁾
- L'enfant se présentera lui-même au véhicule ⁽²⁾

⁽¹⁾ Merci d'indiquer le nom, le prénom, le lien avec l'enfant (exemple : oncle, tante, baby-sitter etc.) et son numéro de téléphone

⁽²⁾ Par la présente, je donne mon accord pour que mon enfant se présente seul à l'arrivée du véhicule

La personne en charge de la dépose devra aider l'enfant à se mettre dans le véhicule, sous réserve qu'une demande d'accompagnement exceptionnel n'ait pas été réalisée.
Si tel est le cas et que cette demande a été validée par le centre de services, le conducteur pourra prendre le relai.

Recommandations particulières (à compléter si nécessaire) :

Fait à _____ le ____/____/____

[Signature du père, de la mère, ou du responsable légal]