

**Demande de remboursement des frais de transport
Délai de retour : 10 octobre de l'année scolaire en cours**

Année scolaire

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :	
DATE DE NAISSANCE :	
ADRESSE :	Rue : Code Postal :Localité :
ETABLISSEMENT SCOLAIRE :	
NOM ET PRENOM DU REPRESENTANT LEGAL	
NUMERO DE TELEPHONE :	
ADRESSE E-MAIL :	
IBAN :	
NOM DU TITULAIRE DU COMPTE :	 ☐ Nom de la banque ☐ Poste

Veuillez compléter les données ci-dessous :

TRANSPORTS

Moyen (s) de transport public utilisé (s)	
☐ Train ☐ Metro ☐ Bus ☐ Funiculaire	Coût annuel de l'abonnement de parcours CHF..... NB même si vous payez votre abonnement mensuellement, merci d'indiquer le coût annuel de l'abonnement

FRAIS DE REPAS

L'ASiCoPe n'accorde aucune subvention. Les parents consultent leur commune de domicile.

DATE : SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL :