



Communauté de Communes  
du Sisteronais-Buëch

SIEGE SOCIAL :  
1, 04200 – SISTERON  
Tél. 04.92.31.27.52  
Mail. [contact.ccsb@sisteronais-buech.fr](mailto:contact.ccsb@sisteronais-buech.fr)

POLE SERVICES A LA POPULATION  
ET AUX COMMUNES

Service transport scolaire

Tel : 04 92 68 33 17

[msap.lamotteturriers@sisteronais-buech.f](mailto:msap.lamotteturriers@sisteronais-buech.f)

## TRANSPORT SCOLAIRE 2025-2026 FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Cadre réservé à l'administration

N° de Dossier attribué :

Demande reçue le :

### FORMULAIRE A REMPLIR PAR LE REPRESENTANT LEGAL UNIQUEMENT

(Les coordonnées du Représentant Légal doivent être identiques sur les formulaire, facture et RIB )

#### PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU PRESENT FORMULAIRE :

- Justificatif de paiement (au nom et coordonnées du Rep. Légal) : Facture ou Attestation de paiement téléchargée sur le site ma Région Sud au moment de l'achat **ou** Relevé bancaire.
- Copie de la Carte ZOU avec photo.
- RIB (au nom et coordonnées Représentant Légal)
- Certificat de scolarité (rempli et tamponné par l'établissement)

Le dossier est à retourner par courrier à la Communauté de Communes Sisteronais-Buëch - Maison de Pays – Service Remboursement ZOU - 04250 La Motte du Caire ou par mail : [msap.lamotteturriers@sisteronais-buech.fr](mailto:msap.lamotteturriers@sisteronais-buech.fr)

#### REPRESENTANT LEGAL :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

|          | Nom/prénom de l'élève | Date<br>naissance | Classe Fréquentée<br>(jusqu'à la terminale<br>incluse) | Nom de l'établissement / Adresse |
|----------|-----------------------|-------------------|--|----------------------------------|
| Enfant 1 |                       |                   |  |                                  |
| Enfant 2 |                       |                   |  |                                  |
| Enfant 3 |                       |                   |  |                                  |
| Enfant 4 |                       |                   |  |                                  |

Montant total réglé lors de l'inscription de mon (mes) enfant(s) : .....euros.

☐ Je certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus et sollicite l'attribution de l'aide aux transports scolaires 2025/2026 attribuée par la Communauté de Communes Sisteronais Buëch.

Fait à :

le :

Signature du représentant légal :

**Date limite de réception des dossiers : 17/07/2026**

**Attention : tout dossier incomplet ne sera pas traité**

Cadre réservé à l'administration

Montant à verser à la famille :