

# CONTRAT D'ABONNEMENT / RÉABONNEMENT ANNUEL

Formulaire réservé aux enfants scolarisés en école primaire ou au collège empruntant une ligne de transport scolaire.

Formulaire et pièces jointes à retourner à l'adresse suivante :

**Agence multimodale Synchro / SNCF - 249, place de la Gare, 73000 CHAMBÉRY**

## L'ABONNÉ

N° de carte OÙRAI : \_\_\_\_\_

À cocher si pas de carte OÙRAI

Mme  M Nom Prénom\* : \_\_\_\_\_

Né(e) le\* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

À cocher si moins de 4 ans

Établissement fréquenté\* : \_\_\_\_\_ Classe fréquentée en 2021-2022\* : \_\_\_\_\_

N° de la ligne de transport scolaire empruntée\* : \_\_\_\_\_ (liste disponible sur [synchro-bus.fr](http://synchro-bus.fr))

## Remplir ce cadre pour un premier abonnement ou en cas de modifications

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## REPRÉSENTANT LÉGAL

Mme  M Nom Prénom\* : \_\_\_\_\_ Né(e) le\* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Tél Fixe\* : \_\_\_\_\_ Tél portable\* : \_\_\_\_\_ Mail\* : \_\_\_\_\_

Remplir a minima un moyen pour vous contacter

\* J'ai pris connaissance du règlement d'exploitation des services de transport scolaire de Grand Chambéry pour les enfants scolarisés dans une école primaire ou collège et inscrits à un service de transport scolaire (document disponible sur [www.synchro-bus.fr](http://www.synchro-bus.fr))

Si votre enfant est sous le régime d'une garde alternée et doit être inscrit à plusieurs services de transport scolaire, **merci de compléter le formulaire spécifique disponible sur [www.synchro-bus.fr](http://www.synchro-bus.fr).**

## L'ABONNEMENT

Date de début de validité souhaitée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (une confirmation sera envoyée par mail)

## LES PIÈCES JOINTES À RETOURNER

Photocopie recto-verso d'une pièce d'identité de l'abonné et de son représentant légal

Photo d'identité récente de l'abonné avec son nom et prénom au dos (sauf si vous êtes déjà titulaire d'une carte OÙRAI)

Un moyen de paiement (à choisir au verso de ce formulaire)

## CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER D'UNE TARIFICATION SOLIDAIRE (résident de Grand Chambéry)

Pièces justificatives à retourner :

### Quotient familial inférieur à 690

• Attestation de paiement de la CAF ou de la MSA de moins de 3 mois avec le nom des ayants droit.

### Quotient familial inférieur à 200

• Avis d'imposition  
• Attestation de paiement CAF de moins de 3 mois  
• Livret de famille ou pièce d'identité

\* Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette demande d'abonnement

J'accepte de recevoir des informations et des offres de la part de Synchro BUS et de OÙRAI (information trafic, offres promotionnelles, etc) par le ou les moyens de communication renseignés dans le présent formulaire.

\* Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de l'abonnement annuel et de la carte OÙRAI téléchargeables sur le site internet ou disponibles à l'agence multimodale Synchro / SNCF

### \* MENTIONS OBLIGATOIRE

**Attention :** en cas de formulaire incomplet, ou de pièces justificatives non fournies, le dossier ne sera pas traité et vous sera retourné

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par KEOLIS CHAMBERY exploitant de Synchro BUS, 18 avenue des Chevaliers Tireurs, 73000 CHAMBERY, responsable de traitement notamment pour la gestion des données billettiques, la gestion commerciale, pour la gestion des opérations de contrôle des titres de transport. La base légale du traitement est le présent contrat et votre consentement à recevoir des informations sur nos offres ou le trafic. Les données collectées seront communiquées : aux services internes de KEOLIS CHAMBERY, OÙRAI et ses sous-traitants de confiance. Les données sont conservées pendant la durée du contrat et conformément aux prescriptions légales. Pour plus de précisions, consultez la **Politique de Confidentialité** sur le site [synchro-bus.fr](http://synchro-bus.fr) et en agence. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement et exercer votre droit à la limitation du traitement, à la portabilité et votre droit d'opposition. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données à des fins commerciales. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données par KEOLIS CHAMBERY, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des données par mail à l'adresse [dpo.chambery@synchro-bus.fr](mailto:dpo.chambery@synchro-bus.fr) ou par courrier à l'adresse suivante : 18 avenue des Chevaliers Tireurs, 73000 CHAMBERY.

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal

# JE CHOISIS MON ABONNEMENT ANNUEL ET MON MODE DE RÈGLEMENT

Je souhaite créer une carte OÛRA!

Obligatoire et valable 5 ans

Total  5,00 €



**Vous avez moins de 4 ans**

Gratuit

**Vous avez entre 4 et 11 ans**

**Plein tarif**  92 €  
 entre 591 et 690  47 €  
 Quotient familial entre 491 et 590  29 €  
 entre 1 et 490  11 €

**Vous avez entre 12 et 25 ans**

**Plein tarif**  187 €  
 entre 591 et 690  94,50 €  
 Quotient familial entre 491 et 590  57,50 €  
 entre 1 et 490  20,50 €

Paiement en une seule fois

Paiement par prélèvement automatique

9,20 € x 10 mensualités = 92 € \*  
 11,75 € x 4 mensualités = 47 €  
 7,25 € x 4 mensualités = 29 €

18,70 € x 10 mensualités = 187 € \*  
 18,90 € x 5 mensualités = 94,50 €  
 11,50 € x 5 mensualités = 57,50 €

\* Frais de dossier inclus au prix de 2€

Frais de dossier inclus au prix de 2€

\* Pour le plein tarif en prélèvement automatique, l'abonnement annuel sera reconduit automatiquement chaque année.

## JE CHOISIS MON MODE DE PAIEMENT

- Au comptant** :  1 chèque à l'ordre de KEOLIS Chambéry **OU**  en espèces ou carte bancaire à l'agence multimodale Synchro / SNCF  
 249 place de la Gare, 73000 CHAMBERY
- En plusieurs fois** : 1 RIB + mandat de prélèvement SEPA + carte d'identité du payeur

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

**Identifiant Créancier SEPA (ICS)**

Nom du créancier :  
 Adresse (n° et rue) :  
 Code postal et ville :  
 Pays :

**FR5673785799D**

KEOLIS CHAMBERY  
 18, avenue des Chevaliers Tireurs  
 73 026 Chambéry Cedex  
 FRANCE

### DÉBITEUR

Nom  Prénom

Adresse

Code Postal  Ville

Pays

N° de compte IBAN

Code BIC

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN RIB**

Fait à \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

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 son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.