

## L'ABONNÉ

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

N° de carte OÙRa! : \_\_\_\_\_

Établissement fréquenté : \_\_\_\_\_ Classe fréquentée en 2019-2020 : \_\_\_\_\_

N° de la ligne de transport scolaire empruntée : \_\_\_\_\_ (liste disponible en annexe)

## À remplir seulement si modification

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

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

Tél Fixe : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_ mail : \_\_\_\_\_

## REPRÉSENTANT LÉGAL (remplir ce cadre)

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

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

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

\*Tél Fixe : \_\_\_\_\_ \*Tél portable : \_\_\_\_\_ \*mail : \_\_\_\_\_

\*remplir a minima 1 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.

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

## L'ABONNEMENT

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

## LES PIÈCES JOINTES À RETOURNER

À l'adresse suivante : Synchro BUS – Service Abonnements – 23, Boulevard du Musée – 73000 Chambéry

Si vous bénéficiez d'une tarification solidaire :  
(résident de Grand Chambéry) Si votre quotient familial est inférieur à 690, une attestation de paiement

de la MSA ou de la CAF de moins de 3 mois avec le nom des ayant droit

 Si votre quotient familial est inférieur à 200, rendez-vous dans votre mairie ou à notre agence commerciale (pour les habitants de Chambéry), avec le dernier avis d'imposition, l'attestation de paiement de la CAF et livret de famille ou pièce d'identité.

Attention : en cas de formulaire incomplet, ou de pièces justificatives non fournies, le dossier sera considéré comme incomplet et vous sera retourné.

- Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette demande d'abonnement
- Je déclare autoriser Grand Chambéry et Synchro BUS à conserver la photo de l'abonné dans ses fichiers informatiques
- J'accepte de recevoir des informations et des offres de la part de Synchro BUS et de OÙRa! (informations trafic, offres promotionnelles). Synchro BUS s'engage à ne pas divulguer vos données personnelles.
- Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de l'abonnement annuel et de la carte OÙRa! téléchargeables sur le site internet ou disponibles à l'agence commerciale Synchro BUS.

Les informations sont collectées par SynchroBus, responsable des traitements qui ont pour finalité la gestion des données billettiques, la gestion commerciale ainsi que pour la gestion des opérations de contrôle des titres de transport dans le cadre de ces applications. Vous disposez des droits d'accès et de rectification aux données vous concernant selon les modalités précisées dans les conditions générales de la carte OÙRa! et conformément aux préconisations de la CNIL. SynchroBus reste le seul destinataire des informations. Sur simple demande écrite, l'intéressé peut avoir accès aux informations ou les corriger.

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal



**Je souhaite créer une carte OÛRA!**

Total ● 5,00 €

Etui protège carte offert à la création de la carte OÛRA!  
(en vente à l'agence commerciale au prix de 1€)

**Vous avez moins de 4 ans** Gratuit

**Vous avez entre 4 et 11 ans**

	Plein tarif	Total ●
Quotient familial	entre 591 et 690	92,00 €
	entre 491 et 590	47,00 €
	entre 1 et 490	29,00 €
	entre 1 et 490	11,00 €

**Vous avez entre 12 et 25 ans**

	Plein tarif	Total ●
Quotient familial	entre 591 et 690	187,00 €
	entre 491 et 590	94,50 €
	entre 1 et 490	57,50 €
	entre 1 et 490	20,50 €

**Vous avez entre 26 et 64 ans**

	Plein tarif	Total ●
Quotient familial	entre 591 et 690	362,00 €
	entre 491 et 590	182,00 €
	entre 1 et 490	110,00 €
	entre 1 et 490	38,00 €

**Vous avez 65 ans et +**

	Plein tarif	Total ●
Quotient familial	entre 591 et 690	187,00 €
	entre 491 et 590	94,50 €
	entre 1 et 490	57,50 €
	entre 1 et 490	20,50 €

\*Frais de dossier inclus au prix de 2€

Paiement en une seule fois\*

Paiement par prélèvement automatique\*

4 mensualités de	Total ●
<input type="checkbox"/> 23,00 €	92,00 €
<input type="checkbox"/> 11,75 €	47,00 €
<input type="checkbox"/> 7,25 €	29,00 €

5 mensualités de	Total ●
<input type="checkbox"/> 37,40 €	187,00 €
<input type="checkbox"/> 18,90 €	94,50 €
<input type="checkbox"/> 11,50 €	57,50 €

8 mensualités de	Total ●
<input type="checkbox"/> 45,25 €	362,00 €
<input type="checkbox"/> 22,75 €	182,00 €
<input type="checkbox"/> 13,75 €	110,00 €

5 mensualités de	Total ●
<input type="checkbox"/> 37,40 €	187,00 €
<input type="checkbox"/> 18,90 €	94,50 €
<input type="checkbox"/> 11,50 €	57,50 €

<input type="checkbox"/> 25,6 €	128 €
---------------------------------	-------

**JE CHOISIS MON MODE DE PAIEMENT**

- Au comptant :  1 chèque à l'ordre de Keolis Chambéry ou  en espèces ou par carte bancaire en se rendant à l'agence commerciale Synchro
- 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.

**CRÉANCIER**

**Identifiant Créancier SEPA (ICS) :** FR5673785799D  
**Nom du créancier :** KEOLIS CHAMBERY  
**Adresse (N° et rue) :** 18 avenue des Chevaliers Tireurs  
**Code postal et ville :** 73026 CHAMBERY CEDEX  
**Pays :** 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 \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature**

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'oppositions, 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.

**Partie réservée à Synchro BUS**

CONSEILLER CLIENT

N° DE CARTE OÛRA!

DATE DE TRAITEMENT DU DOSSIER

**MODE DE RÈGLEMENT**

- PRÉLÈVEMENT
- CHÈQUE
- CB
- ESPÈCES