

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

Formulaire et pièces jointes à retourner l'adresse suivante : Agence Synchro - Service Abonnements - 249 place de la Gare - 73000 Chambéry

L'ABONNÉ

N° de carte OÙRAI : _____ À cocher si pas de carte OÙRAI
 Mme Mr Nom Prénom : _____ Né(e) le : ____ / ____ / _____
 À cocher si moins de 4 ans
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Tél Fixe : _____ Tél portable : _____ mail : _____
 Établissement fréquenté : _____ Classe fréquentée en 2019-2020 : _____
 N° de la ligne de transport scolaire empruntée : _____ (liste disponible en annexe)

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

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 (au format 45x35 mm) avec son nom et prénom au dos (sauf si vous êtes déjà titulaire d'une carte OÙRAI)

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

Pièces justificatives à retourner :

| Quotient familial inférieur à 690 | Quotient familial inférieur à 200 |
|---|---|
| • attestation de paiement de la CAF ou de la MSA de moins de 3 mois avec le nom des ayants droit. | • avis d'imposition • attestation de la CAF de paiement • 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 (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 OÙRAI téléchargeables sur le site internet ou disponibles à l'agence commerciale Synchro BUS.

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

Les informations sont collectées par Synchro Bus, 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 OÙRAI et conformément aux préconisations de la CNIL. Synchro Bus 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

Verso à compléter →

Je souhaite créer une carte OÙRA!

Total ● 5,00 €



Vous avez moins de 4 ans

Gratuit

Paiement en une seule fois*

Paiement par prélèvement automatique*

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 € |
| | | 11,00 € |

| 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 € |

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 € |
| | | 20,50 € |

| 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 € |

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 € |
| | | 38,00 € |

| 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 € |

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 € |
| | | 20,50 € |

| 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 € |

*Frais de dossier inclus au prix de 2€

Hors heures de pointe (de 9h à 16h et de 19h à 7h)

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 _____

Signature

le _____

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à être utilisées par le créancier 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.