



Nom de l'école : _____

Identification de l'élève

Nom de famille: _____	Numéro de fiche: _____
Prénom(s): _____	_____
Date de naissance: _____	_____

Identification des parents

Parent 1 : _____	Parent 2 : _____
Tuteur : _____ s'il y a lieu	

Adresse principale

Doit-on conserver cette adresse ? NON OUI, telle quelle OUI, avec les modifications suivantes

À PARTIR DU _____ ou du _____

CETTE ADRESSE EST UTILISÉE POUR :
Le transport de l'élève :
L'envoi des documents par l'école (bulletins, etc):
L'envoi des documents par le ministère de l'Éducation :

No civique Genre Rue _____ No app. _____

VILLE _____ CODE POSTAL _____ No DE TÉLÉPHONE _____ No DE TÉLÉPHONE DE TRAVAIL (1) _____ POSTE _____

Par la présente, j'autorise le médecin à fournir les informations médicales requises pour l'étude du dossier. *

Signature d'un parent: _____ Date _____
Nom et prénom: _____ Jour Mois Année

Tout examen médical est à la charge des parents et le Centre de services scolaire ne défraiera aucune dépense aux fins de la présente.

À compléter par le médecin spécialiste

Nos politiques sur le transport scolaire nous permettent de transporter des élèves qui présentent une limitation à caractère permanent ou non, même s'ils ne répondent pas aux critères d'admissibilité retenus par la Commission scolaire.

- 1- Déficience sensorielle : a) surdité b) cécité ou semi-cécité
- 2- Déficience physique à caractère permanent, à l'exclusion des déficiences chroniques : _____
- 3 a) Déficience physique chronique à caractère permanent : _____
- 3 b) Déficience physique chronique à caractère non-permanent : _____
- 4-  pilepsie (non m dicalemtent contrôlée) : _____
- 5- Asthme : a) léger b) moyen c) sévère Les crises sont déclenchées par quels facteurs : _____

* Pour bénéficier du transport pour raison médicale dans le cas d'un élève asthmatique, une preuve d'éligibilité à la rente d'invalidité doit être jointe à la demande.

Recommandations : Compte tenu de son état et de la distance à parcourir :

L'élève peut marcher _____ mètres pour se rendre à l' cole ou à son arrêt.

L'élève devrait être transport  pour la période hivernale lorsque la température se situe entre _____ C et _____ C.

L'élève devrait être transport  toute l'année.

Autres recommandations : _____

Signature du médecin spécialiste _____ No de licence _____

Adresse du médecin spécialiste _____ (_____) _____ No de téléphone _____ Date _____

  l'usage du service du Transport scolaire (STS)

Décision

Signature: _____ Date: _____
Jour Mois Année

Les réponses seront envoyées par courriel.