COMMISSION SCOLAIRE MARGUERITE-BOURGEOYS
Service du transport scolaire
1100, bd de la Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec)
H4L 4V1

Demande de transport pour raison médicale

École :

Élève: Nom:
Prénom:

Adresse principale

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

ADRESSE POUR
1.P/M
2.Père
3.Mère
4.Tuteur
5.Élève

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 répondant:

Nom et prénom:

Date Jour Mois Année

*** Tout examen médical est à la charge des parents et la Commission 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- Épilepsie (non médicalement 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'école ou à son arrêt.

☐ L'élève devrait être transporté pour la période hivernale lorsque la température se situe entre _____°C et _____°C.

☐ L'élève devrait être transporté toute l'année.

☐ Autres recommandations : _____

Signature du médecin spécialiste No de licence

Adresse du médecin spécialiste (_____) No de téléphone Date

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

Décision

Signature: Date: Jour Mois Année

Les réponses seront envoyées par courriel.