

## Formulaire de transport spécial

RENSEIGNEMENTS - ÉCOLE	
Nom de l'école: _____	
Direction _____	Courriel : _____
Adresse : _____	
Téléphone : _____	Télécopieur: _____
Personne ressource : _____	Courriel : _____
RENSEIGNEMENTS - ÉLÈVE	
Nom: _____	Prénom: _____ Âge: _____
Niveau scolaire: _____	Genre: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)
Adresse: _____	
Téléphone : _____	Cellulaire : _____
Courriels parents, tuteurs, tutrices	
1 : _____	2 : _____
TYPE DE DEMANDE	
<input type="checkbox"/> Renouvellement ou <input type="checkbox"/> Nouvelle demande	
<input type="checkbox"/> Pour toute l'année scolaire ou <input type="checkbox"/> Temporaire – du : _____ au : _____ (JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)	
Prénom, nom et niveau scolaire des frères/sœurs qui voyageront avec l'élève (si applicable): _____	
ADRESSES D'EMBARQUEMENT ET DÉBARQUEMENT	
Adresse d'embarquement : <input type="checkbox"/> Même que l'adresse du domicile, sinon remplir ci-dessous : _____ Téléphone : _____	
Adresse de débarquement: <input type="checkbox"/> Même que l'adresse du domicile, sinon remplir ci-dessous : _____ Téléphone : _____	
Une de ces adresses est hors zone : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
BESOINS DE L'ÉLÈVE	
Raison pour le transport spécial : _____	
Précisez : (Exemple: Classe de préparation à la vie (CPV) ; Section 23 (programme La Passerelle) ; autisme...etc.)	
Est-ce que l'élève doit être accueilli à l'arrêt : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Commentaires: _____	
Note médicale ajoutée au formulaire: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### VÉHICULE ET ÉQUIPEMENT

Type de véhicule :  Autobus scolaire, arrêt à la porte  
 Taxi/fourgonnette

Si taxi/fourgonnette, svp justifiez en quelques mots la nécessité d'un taxi/fourgonnette (pourquoi l'élève ne peut pas utiliser l'autobus). \_\_\_\_\_

L'élève doit voyager seul(e):  oui ou  non

Si vous cochez oui, s.v.p. expliquez en quelques mots pourquoi l'élève doit voyager seul(e).

Équipement(s) ou support requis:

Précisez : (Exemple : siège d'auto, siège rehausseur, note médicale requise pour un harnais)

Poids : \_\_\_\_\_ kg/livres    Tour de taille: \_\_\_\_\_ cm/pouces

### HORAIRES

Type d'horaire :  régulier  
 spécial

Détails horaire spécial (si applicable): (laisser les champs vides si l'horaire est régulier)

Jour	AM	PM	Horaire, si modifié
Lundi	_____	_____	_____
Mardi	_____	_____	_____
Mercredi	_____	_____	_____
Jeudi	_____	_____	_____
Vendredi	_____	_____	_____

### COMMENTAIRES

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### SIGNATURES

\*\*\*PRIÈRE D'IMPRIMER LE FORMULAIRE UNE FOIS COMPLÉTÉ POUR LA SIGNATURE ET L'ACHEMINER À LA DIRECTION DES SERVICES À L'ÉLÈVE\*\*\*

	Nom et prénom	Signatures	Date
Requérant			
Direction d'école			
Direction des services à l'élève			