

Formulaire de transport spécial

RENSEIGNEMENTS - ÉCOLE								
Nom de l'école:								
Direction		Courriel :						
Adresse :								
Téléphone :	Télécopieur:							
Personne ressource : Courriel :								
RENSEIGNEMENTS - ÉLÈVE								
Nom:		Prénom:	Àge:					
	Genre: 🗆 M 🗆 F	Date de naissance :						
Téléphone :		Cellulaire :	_					
Courriels parents, tuteu 1:	rs, tutrices	2:						
TYPE DE DEMANDE								
☐ Renouvellement ou ☐ Nouvelle demande								
□ Pour toute l'année scolaire ou □ 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 : ☐ Même que l'adresse du domicile, sinon remplir ci-dessous :								
Téléphone :								
Adresse de débarquement: Même que l'adresse du domicile, sinon remplir ci-dessous : Téléphone :								
Une de ces adresses est hors zone : □ oui □ non								
BESOINS DE L'ÉLÈVE								
Raison pour le transport spécial :								
Précisez : (Exemple: Classe de préparation à la vie (CPV) ; Section 23 (programme La Passerelle) ; autismeetc.)								
Est-ce que l'élève doit être accueilli à l'arrêt : □ oui □ non								
Commentaires:								
Note médicale ajoutée au formulaire: □ oui □ non								

1

Déclaration de confidentialité

Conformément à l'article 29, paragraphe (2) de la Loi prévoyant l'accès à l'information et la protection de la vie privée, les renseignements personnels demandés par l'entremise de ce formulaire serviront à assurer les services de transport scolaire. Ils sont recueillis en vertu de la Loi sur l'éducation L.R.O. 1980, chap. 129, art.166(1).



VÉHICULE ET ÉQUIPEMENT									
Type de véh	icule : □ 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 hora		=	nle): (lai	isser les champs vid	les si l'horaire est	régulier)			
Details flora	Jour	AM	PM	Horaire, si modifié	ies si i nordire est	regulery			
	Lundi	7							
	Mardi								
	Mercredi								
	Jeudi								
	Vendredi								
	,			COMMENTAIRE	S				
				CICNATURE					
SIGNATURES ***PRIÈRE D'IMPRIMER LE FORMULAIRE UNE FOIS COMPLÉTÉ POUR LA SIGNATURE ET L'ACHEMINER À LA DIRECTION DES SERVICES AUX ÉLÈVES***									
		N	lom ot r	pránom	Signaturos	Date			
Requérant			lom et p	ленин	Signatures	Date			
Direction d'	école								
Direction de	es services aux	x élèves							
		I							

2

Déclaration de confidentialité