

Service de l'organisation scolaire et du transport
955, boulevard Saint-Martin Ouest
Laval (Québec) H7S 1M5
ost@cslaval.qc.ca
Téléphone : 450 662-7000, poste 1324

Date de la demande : _____
Renouvellement : Oui Non
Secteur : Régulier
Adaptation scolaire

1 - IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE	
Nom et prénom : _____ Adresse : _____ Date de naissance: _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Code permanent : _____ Fiche : _____ Code de difficulté, si applicable : _____ Présc <input type="checkbox"/> Prim <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Ordre d'enseignement : _____ Niveau : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
2 - IDENTIFICATION DE L'ORGANISME SCOLAIRE CHOISI	
Centre de services scolaire # école: _____	École choisie: _____ Programme: _____
3 - IDENTIFICATION DES PARENTS OU DU RÉPONDANT	
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Nom et prénom du père ou du répondant Tél. Maison: _____ Tél. Travail: _____ p. _____ Cellulaire: _____ Nom et prénom de la mère ou de la répondante Tél. Maison: _____ Tél. Travail: _____ p. _____ Cellulaire: _____	Courriel du père ou du répondant _____ Courriel de la mère ou de la répondante _____ Nouvelle adresse, s'il y a lieu _____ Date de l'entrée en vigueur _____
4 - SIGNATURE DU PARENT OU DU RÉPONDANT	
Je consens à ce que mon enfant s'inscrive au centre de services scolaire ci-haut mentionné et à ce que les renseignements recueillis sur ce formulaire soient transmis aux personnes concernées et au ministère de l'Éducation pour des fins de gestion. Je reconnais que cette demande est valide pour une année scolaire seulement et devra être renouvelée annuellement. * Je reconnais avoir pris connaissance de la décision du centre de services scolaire quant au transport de mon enfant, si applicable. Signature de l'autorité parentale _____ Date: _____	
5 - ACCEPTATION OU REFUS	
Service de l'organisation scolaire et du transport La demande a été : <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée Raison du refus _____ Direction de l'OST _____ Date _____	Service éducatifs : Secteur adaptation scolaire Recommandation de classement <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée Transport fourni Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Direction des Services éducatifs _____ Date _____
Retourner à l'adresse courriel : lromano@cslaval.qc.ca	