

DEMANDE DE CHOIX D'ÉCOLE EXTRATERRITORIALE
ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023

Service de l'organisation scolaire et du transport
955, boul. St-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 : _____	Code permanent : _____												
Adresse : _____	Fiche : _____												
Date de naissance: _____	Code de difficulté, si applicable : _____												
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Presco</td> <td>Prim</td> <td>Sec</td> </tr> <tr> <td>Ordre d'enseignement :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>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"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Presco	Prim	Sec	Ordre d'enseignement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>			
	Presco	Prim	Sec										
Ordre d'enseignement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
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