

2022-2023 TRANSPORT SCOLAIRE TR-14

DEMANDE POUR RAISON MÉDICALE PERMANENTE

Centre
de services scolaire
de Laval



**À compléter une fois seulement. Le formulaire suivra l'élève
à chaque année à moins d'un changement*

ÉTAPE 1

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT (avant le médecin spécialiste)

Nom de l'élève :	_____	Date :	_____
Nom de l'établissement :	_____	N° fiche :	_____
Code de difficulté :	_____		
Adresse de transport :	_____ _____		
N° de téléphone :	_____	Groupe repère :	_____
L'élève participe aux activités physiques et sportives :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Signature de la direction :	_____		

À COMPLÉTER PAR LES PARENTS OU TUTEURS

Par la présente, j'autorise le médecin à fournir les informations médicales requises pour l'étude du dossier. Tout examen médical est à la charge des parents. La commission scolaire ne défraiera aucune dépense aux fins de la présente.

Signature : _____ Date : _____

Étape 2

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE

- Déficience sensorielle : semi-cécité cécité
- Déficience physique à caractère permanent, à l'exclusion des déficiences chroniques :
Précisez : _____
- Déficience physique chronique à caractère permanent :
Précisez : _____
- Déficience physique chronique à caractère non-permanent : En vigueur du _____ au _____
Précisez : _____
- Épilepsie (non médicalement contrôlée) :
- Asthme : léger moyen sévère

Les crises sont déclenchées par quels facteurs : _____

- Autres informations : _____

Je certifie que _____ souffre bien de la déficience indiquée ci-dessus.

Recommandations (compte tenu de son état et de la distance à parcourir) :

- L'élève peut marcher pour se rendre à l'établissement (préscolaire 800 mètres, primaire 1600 mètres et secondaire 2000 mètres)
- L'élève devrait être transporté pour l'année scolaire 2022-2023
- L'élève devrait être transporté tout au long de son parcours scolaire primaire et secondaire
- Autres recommandations : _____

Signature du médecin spécialiste : _____ Date : _____

Adresse : _____ N° de téléphone : _____ N° de licence : _____

À L'USAGE DU SERVICE DU TRANSPORT

Distance du domicile à l'établissement : _____ mètres Transport : accepté refusé

÷ oui non

Information inscrite dans Géobus:

Remarques : _____

Signature : _____ Date : _____