

2023-2023 TRANSPORT SCOLAIRE TR-15 DEMANDE POUR RAISON MÉDICALE TEMPORAIRE

À compléter pour les demandes provisoires

Étape 1

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

Nom de l'élève : _____ Date : _____

Nom de l'établissement : _____ No. Fiche : _____

Adresse de transport : _____

Numéro de téléphone : _____ Groupe-repère : _____

L'élève participe aux activités physiques et sportives : Oui Non

Signature de la direction : _____

Étape 2

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. Le Centre de services scolaire de Laval ne défraiera aucune dépense aux fins de la présente.

Signature : _____ Date : _____

Étape 2 - Suite

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN

Déficiences physiques à caractère non-permanent

Diagnostic :

Précisions :

Besoin du transport scolaire du : _____ au : _____

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

Signature du médecin spécialiste : _____ Date : _____

Adresse : _____ Numéro de téléphone : _____

Numéro de licence : _____

À L'USAGE DU SERVICE DU TRANSPORT

Accepté refusé

Information inscrite dans Géobus:

Rappel date de fin créer :

Remarques :

Signature du technicien : _____ Date : _____