



# Demande de transport pour raison médical H



Nom de l'école : \_\_\_\_\_

## Identification de l'élève

Nom de famille: _____	Numéro de fiche: _____
Prénom(s): _____	_____
Date de naissance: _____	_____

## Identification des parents

Parent 1 : _____	Parent 2 : _____
Tuteur : _____ <small>s'il y a lieu</small>	

## Adresse principale

Doit-on conserver cette adresse ? NON  OUI, telle quelle  OUI, avec les modifications suivantes

À PARTIR DU \_\_\_\_\_ ou du \_\_\_\_\_

No civique  Genre  Rue \_\_\_\_\_ No app. \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_ No DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ No DE TÉLÉPHONE DE TRAVAIL (1) \_\_\_\_\_ POSTE \_\_\_\_\_

CETTE ADRESSE EST UTILISÉE POUR :  
 Le transport de l'élève :   
 L'envoi des documents par l'école (bulletins, etc):   
 L'envoi des documents par le ministère de l'Éducation :

Par la présente, j'autorise le médecin à fournir les informations médicales requises pour l'étude du dossier. \*

Signature d'un parent \_\_\_\_\_

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année

\* Tout examen médical est à la charge des parents et le Centre de services scolaire ne défraiera aucune dépense aux fins de la présente.