



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 _____	Date _____
Nom et prénom: _____	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.