

## Demande de transport pour un élève ayant une incapacité temporaire

Ce formulaire doit être complété par le détenteur de l'autorité parentale et le médecin traitant et remis à la direction d'établissement.  
La décision d'acquiescer à la demande est prise par le service du transport scolaire.

### À COMPLÉTER PAR LE DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ École fréquentée: \_\_\_\_\_

J'autorise le médecin à fournir aux personnes concernées les raisons qui motivent le transport de mon enfant à l'école.

Signature du détenteur de l'autorité parentale: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

1. Indiquez si l'état de santé de l'élève justifie l'obligation d'utiliser le transport scolaire pour se rendre à l'école ou un transport adapté en remplacement du transport scolaire habituel.

oui  non

2. Si oui, indiquez la ou les raison(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Durée du transport spécial:

- Date du début: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Date de la fin: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Remarques: \_\_\_\_\_

CAS D'ASTHME: seuls seront considérés les cas d'asthme entraînant un handicap significatif et permanent qui nécessite des mesures spécialisées en matière de traitement, de réadaptation, de reéducation ou de scolarisation tel que reconnu par la Régie des rentes du Québec pour fin d'allocation.

Signature du médecin: \_\_\_\_\_ téléphone: \_\_\_\_\_

Nom du médecin en lettre moulées: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Note: les frais reliés à l'examen médical et au formulaire doivent être assumés par les parents**