

Date de la demande :

Renseignements concernant l'élève

École :

Nom de l'élève Prénom Niveau

Adresse Ville Code postal

Téléphone : Téléphone :

Transport devant commencer le :

Signature de la direction d'école

Signature du parent/tuteur(rice)

NOTE AUX PARENTS/TUTEURS(RICES) : L'information sera transmise aux autorités scolaires et cet élève peut se voir retirer certains privilèges de récréation à l'extérieur ou d'activités éducatives afin de se conformer aux recommandations du médecin.
Les parents/tuteurs(rices) ne doivent pas supposer que le transport a été approuvé tant qu'un agent n'aura pas confirmé et approuvé cette demande.
Les parents/tuteurs(rices) sont responsables d'aviser la compagnie d'autobus scolaire lorsque l'élève ne peut pas se présenter ainsi que d'informer le Consortium de transport au 613-746-3654 lorsque le transport n'est plus requis.

À remplir par le médecin

Nom du médecin Téléphone

(en lettres moulées)

État pathologique précis nécessitant le transport

Durée pendant laquelle le transport est requis Début Fin

Signature du médecin

*** Le médecin engage sa responsabilité lors de la rédaction de ce document.**

Réservé au Consortium de transport

Nom de l'entreprise transportant l'élève No. du parcours

Date de début Date de fin

Heure d'embarquement pour aller à l'école pour revenir de l'école

Signature de la direction

Ces renseignements sont recueillis conformément à la *Loi sur l'éducation* et seront utilisés par le Consortium de transport, les administrateurs(rices) scolaires et les conducteurs(rices) d'autobus. Le Consortium de transport conservera le présent formulaire pendant un an après l'année scolaire en cours puis le déchiquettera.

Faire parvenir le formulaire dûment complété à :

Consortium de transport scolaire d'Ottawa
700, avenue Industrial, suite 210, Ottawa ON K1G 0Y9
Télécopieur : 613-736-7510