



DEMANDE DE TRANSPORT SPÉCIAL POUR RAISON MÉDICALE

Date de la demande : (j) _____ (m) _____ (a) _____ École : _____

Renseignements concernant l'élève

Nom de l'élève : _____ Téléphone : _____

Adresse de l'élève : _____

(si rurale, numéro municipal d'urgence, chemin ou rue, canton ou municipalité)

Transport devant commencer le : (j) _____ (m) _____ (a) _____

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

Signature de la direction d'école

Signature du parent

NOTE AUX PARENT/TUTEURS ET TUTRICES : Les parents ne doivent pas supposer que le transport a été approuvé tant que les dispositions n'ont pas été confirmées. Il incombe aux parents ou aux tuteurs et tutrices d'aviser l'entreprise d'autobus scolaires lorsque l'élève ne peut pas se présenter. Il leur incombe également d'informer le service de transport au 824-4119, poste 226, 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 : (j) _____ (m) _____ (a) _____ Fin : (j) _____ (m) _____ (a) _____

Signature du médecin

À remplir par le Service de transport de Wellington – Dufferin Student Transportation Services

Nom de l'entreprise transportant l'élève : _____ N° de l'itinéraire _____

Date de début : (j) _____ (m) _____ (a) _____ Date de fin : (j) _____ (m) _____ (a) _____

Signature de la direction