



DEMANDE D'EXAMEN DE L'EMPLACEMENT D'UN POINT D'ARRÊT

TF033

En tant que parent, je comprends (cochez les cases ci-dessous) :

- qu'il m'incombe d'assurer la sécurité de mon enfant aux arrêts d'autobus;
- qu'il m'incombe de marcher avec les jeunes enfants jusqu'aux arrêts et de les raccompagner jusqu'à la maison;
- qu'il n'y a aucune exigence selon laquelle le transport porte-à-porte doit être fourni aux jeunes enfants.

Si les points mentionnés ci-dessus ne sont pas les raisons de la demande d'examen de l'emplacement d'un point d'arrêt, veuillez inscrire les renseignements requis dans la section 1. Le personnel du STWDSTS déterminera dans les quinze (15) jours ouvrables s'il faut modifier l'emplacement du point d'arrêt. Au début de septembre, ces délais peuvent être prolongés jusqu'à trente (30) jours ouvrables.

SECTION 1

Demande soumise par : Nom de famille : _____ Prénom : _____ Date : ___/___/20___

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____

École : _____ Année : _____ Numéro de téléphone, le jour : _____

Raison de la demande et emplacement du point d'arrêt privilégié :

arrêt du matin N° d'itinéraire : _____ arrêt de l'après-midi N° d'itinéraire : _____

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à : STWDSTS, 66, chemin Arrow, unité B, Guelph (Ont.) N1K 1T4

***** Remarque : Les formulaires incomplets seront refusés*****

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

SECTION 2

Limite de vitesse affichée : _____ km/h

Visibilité : _____ mètres (en approchant l'arrêt) x _____ mètres (en venant en sens inverse)

Route : Pavée Gravier Type de secteur : Rural Urbain

Largeur/type de la route : 2 voies 4 voies Cul-de-sac Croissant

Autre : _____

Conditions : Côte Virage Trottoir Accotement Courbe

Obstructions : _____

Croquis du secteur, s'il y a lieu :

Résultat : Refusée Relocalisation de l'arrêt : _____

Enquête menée par : _____ Approuvée par : _____ Date : _____