

SERVICES DE TRANSPORT SCOLAIRE
NIPISSING-PARRY SOUND**DEMANDE DE TRANSPORT TEMPORAIRE
POUR RAISON(S) MÉDICALE(S) (Révision annuelle)**

NOTE AUX PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : Les parents/tuteurs/tutrices ne doivent pas présumer qu'on a approuvé le transport jusqu'à ce qu'on le leur confirme.

NOM DE L'ÉLÈVE :	ÉCOLE :
------------------	---------

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN** (Veuillez remplir au complet)

Les STSNPS réservent le droit de demander des renseignements médicaux supplémentaires pour soutenir cette demande, à leur entière discrétion.

NOM DU MÉDECIN :	TÉLÉPHONE :
------------------	-------------

LES CHAMPS SUIVANTS SONT OBLIGATOIRES POUR ASSURER LE RESPECT DES EXIGENCES DE LA LÉGISLATION APPLICABLE.

CONDITION(S) MÉDICALE(S) ET / OU LIMITATION(S) QUI NECESSITE LE TRANSPORT SPÉCIALISÉ (Soyez précis) :

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	DATE DE FIN :
----------------------------	---------------

LESQUELLES DE CES ACTIVITÉS SONT AFFECTÉES :	VEUILLEZ INDIQUER :				
	OUI	NON	OUI	NON	
Classe d'éducation physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'élève a besoin d'aide pour l'embarquement le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Récréation a.m./p.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'élève a besoin d'aide pour le débarquement l'après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités sportives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'élève a une condition médicale qui peut se manifester durant le transport (remplir le formulaire AC-001-3 à l'école) <u>Commentaires :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excursions scolaires <u>Commentaires :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Marcher à l'école / l'arrêt d'autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI MARCHER À L'ÉCOLE / L'ARRÊT D'AUTOBUS SEULEMENT EST AFFECTÉ, veuillez expliquer pourquoi cette activité seulement :

SIGNATURE DU MÉDECIN : _____ DATE: _____

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION**

SIGNATURE DE LA DIRECTION D'ÉCOLE : _____ DATE : _____

SIGNATURE DES STSNPS : _____ DATE : _____



TRANSPORTEUR :

ROUTE:

ÉNONCÉ SUR LA COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS CONFORMÉMENT À L'ACCÈS À L'INFORMATION :

L'autorisation pour la collecte d'information est prescrite par la *Loi sur l'éducation*. Les utilisateurs ou utilisatrices potentiels de cette information sont la direction d'école, les enseignants ou enseignantes, le personnel de soutien, les bénévoles, les transporteurs, les conducteurs ou conductrices et les moniteurs ou monitrices de véhicule scolaire. On retiendra ce formulaire au bureau scolaire, aussi longtemps qu'on le jugera nécessaire. Pour les questions relatives à cette information, la personne-ressource est la direction de l'école. Une copie du formulaire sera fournie aux STSNPS et au transporteur scolaire.