



DEMANDE DE TRANSPORT POUR RAISON MÉDICALE

Section A (à remplir par le parent)

Nom de l'élève _____ Prénom _____

École fréquentée _____

Raison de la demande

Signature du parent _____ Date _____

Section B (à remplir par la direction d'école)

Est-ce que l'élève fait de l'éducation physique ? _____

Est-ce que l'élève participe à la récréation à l'extérieur ? _____

Est-ce que l'enfant prend une médication durant les heures de classe ? _____

Signature de la direction d'école _____

Section C (à fournir par le médecin)

Le certificat médical récent doit contenir :

1. le diagnostic de l'élève
2. le médecin doit spécifier qu'il est **impossible pour l'élève de marcher 300 mètres** pour se rendre à l'arrêt d'autobus ou encore qu'il lui est **impossible de se rendre à l'école à pied**.

Acheminer cette demande et le certificat médical l'adresse courriel suivante :
transportscolaire@csrdn.qc.ca

À L'USAGE DU SERVICE DE L'ORGANISATION SCOLAIRE ET DU TRANSPORT

Sur réception de la demande accompagnée du certificat médical, le Service de l'organisation scolaire et du transport, en fera l'analyse et le suivi auprès du parent et de l'école.

Demande complétée et signée _____ Certificat médical conforme _____

Transport accordé _____ Période applicable _____

Transport refusé _____

Commentaires _____

Signature _____ Date _____