

À remplir par l'école

IDENTIFICATION

Nom de l'élève :

Prénom :

N° de fiche :

Téléphone :

Adresse :

Date de naissance :

École fréquentée :

Nos politiques sur le transport scolaire nous permettent de transporter des élèves souffrant d'un handicap à caractère **permanent**.

Aux fins de vérifier si l'élève _____ qui vous est référé souffre bien d'un des handicaps suivants, veuillez cocher la case appropriée et donner les précisions à l'endroit prévu.

À remplir par le médecin traitant

- | | | |
|---|----------|-----------|
| 1. De déficience intellectuelle | Moyenne | Profonde |
| 2. De déficience | Motrice | Organique |
| 3. De déficience | Auditive | Visuelle |
| 4. De troubles sévères du développement (Ex. : Autisme, etc.) | | |
| 5. Autres déficiences physiques | | |

Précisions : (vulgariser les termes médicaux)

Je certifie que cette personne souffre bien du handicap mentionné ci-dessus.

Signature du médecin :

Numéro de licence :

Date:

NB → Tout examen médical est à la charge des parents et le Centre de services scolaire ne remboursera aucune dépense aux fins de la présente.