



À remplir par l'école

Identification

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____ N° de fiche : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ 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 | <input type="checkbox"/> | Profonde | <input type="checkbox"/> |
| 2. De déficience | Motrice | <input type="checkbox"/> | Organique | <input type="checkbox"/> |
| 3. De déficience | Auditive | <input type="checkbox"/> | Visuelle | <input type="checkbox"/> |
| 4. De troubles sévères du développement (Ex. : Autisme, etc.) | | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. Autres déficiences physiques | | <input type="checkbox"/> | | |

Précisions : (vulgariser les termes médicaux)

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

Signature du médecin

Numéro de licence

Date