

Date : _____
Applicable pour l'année scolaire 2016-2017

DEMANDE DE CHANGEMENT TEMPORAIRE – PRIMAIRE
Raisons : vacances ou maladie
****POUR UNE PÉRIODE CONSÉCUTIVE DE 5 JOURS MINIMUM****

Nom de l'élève : _____
École : _____
Degré scolaire : _____
Moi, Nom du parent : _____
Adresse : _____
N° Rue App.
Ville Code postal
Téléphone : _____

Je demande que mon fils / ma fille puisse bénéficier d'un transport temporaire pour l'adresse ci-dessous.

Personne responsable : _____
Adresse et/ou lieu : _____
N° Rue App.
Ville Code postal
Téléphone : _____

Pour la période : _____
MOTIF : _____

Signature du parent _____

À l'usage de la Commission scolaire seulement :

Acceptée	Refusée
N° AUTOBUS : AM : PM :	REMARQUES :
ENDROIT :	
HEURE :	
ENDROIT DU TRANSFERT :	
APPROUVÉ PAR :	

**LA DEMANDE DOIT ÊTRE PARVENUE AU SERVICE DU TRANSPORT
AU MOINS 48 HEURES À L'AVANCE**

**AUCUNE DEMANDE NE SERA TRAITÉE AVANT LA PÉRIODE DE RODAGE DU
DÉBUT D'ANNÉE, SOIT À LA MI-OCTOBRE**