

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

DEMANDE DE CHANGEMENT TEMPORAIRE –SECONDAIRE
Raisons : vacances ou maladie -POUR UNE PÉRIODE CONSÉCUTIVE DE 5 JOURS MIN.
Ou laissez-passer temporaire pour travail ou cours

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 MI-OCTOBRE**