



**REMETTRE À L'ÉCOLE
OU**

Par courriel : demandeplacesdisponibles@csvdc.qc.ca
(format numérisé **seulement**)
Pour joindre le service du transport : (450) 372-7595

Date : _____
Applicable pour l'année scolaire 2017-2018

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 analysée avant la période de rodage du début d'année, soit à la mi-octobre. La réponse sera envoyée à l'école.