



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