



**REMETTRE À L'ÉCOLE  
OU**

Par courriel : [demandeplacesdisponibles@csvdc.qc.ca](mailto:demandeplacesdisponibles@csvdc.qc.ca)  
(format numérisé **seulement**)

Pour joindre le service du transport : (450) 372-7595

Date : \_\_\_\_\_

Applicable pour l'année scolaire 2018-2019

**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 répondant : \_\_\_\_\_

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 répondant :** \_\_\_\_\_

À l'usage de la Commission scolaire seulement :

<b>Acceptée</b>	<b>Refusée</b>
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.