



**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 2019-2020

**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 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.**