



TRANSPORT SCOLAIRE

Certificat Médical de l'Élève

Étape 1

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT (avant le médecin spécialiste)

Nom de l'élève: _____ Date: _____

Nom de l'établissement: _____ No fiche : _____

Adresse de transport: _____

No de téléphone: _____ Groupe-repère: _____

L'élève participe aux activités physiques et sportives: Oui Non

Signature de la direction: _____

À COMPLÉTER PAR LES PARENTS OU TUTEURS

Étape 2

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE

- Déficience sensorielle: semi-cécité cécité
- Déficience physique chronique à caractère permanent, à l'exclusion des déficiences chroniques:
Précisez: _____

- Déficience physique chronique à caractère permanent:
Précisez: _____

- Déficience physique chronique à caractère non-permanent: En vigueur du _____ au _____
Précisez: _____

- Épilepsie (non médicalement contrôlée):
- Asthme: léger moyen sévère
Les crises sont déclenchées par quels facteurs: _____

- Autres informations: _____

Je certifie que _____ souffre bien de la déficience indiqué ci-dessus.

Recommandations (compte tenu de son état et de la distance à parcourir):

- L'élève peut marcher pour se rendre à l'école
(préscolaire 800 mètres, primaire 1600 mètres et secondaire 1600 mètres)
- L'élève peut marcher pour se rendre à l'arrêt d'autobus
(préscolaire 300 mètres, primaire 600 mètres et secondaire 1000 mètres)
- L'élève devrait être transporté pour la période hivernale du _____ au _____
- L'élève devrait être transporté toute l'année
- Autres recommandations: _____

Nom du médecin spécialiste : _____

Signature du médecin spécialiste: _____ Date: _____

Adresse: _____ No de téléphone: _____ No de licence: _____

À L'USAGE DU SERVICE DU TRANSPORT

Distance du domicile à l'établissement: _____ mètres. Transport: accepté refusé

Vérification auprès du médecin de la commission scolaire: oui non

Remarques: _____

Signature: _____ Date: _____