

Demande d'admissibilité Adresse complémentaire (autre qu'une garde partagée)

Année scolaire : _____ - _____

IDENTIFICATION DU CLIENT (élève)		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :
École fréquentée :		Niveau scolaire :
Conditions médicales, particulières ou allergies :		
ADRESSE DE RÉSIDENCE PRINCIPALE (parent /tuteur)		
Nom :	Prénom :	Lien :
Adresse :		
Courriel :		
Ville :	Code postal :	N° de téléphone :
ADRESSE COMPLÉMENTAIRE		
Nom :	Prénom :	Lien :
Adresse :		
Ville :	Code postal :	N° de téléphone :
FRÉQUENTATION (obligatoire de choisir vos besoins)		
Période : ☐ Matins Après-midi ☐ Matins et après-midi Durée : ☐ Pour l'année en cours ☐ Ou période : Du : _____ Au : _____ Jour de la semaine : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi		Raison : ☐ Famille ☐ Garderie ☐ Autre : _____
DÉCLARATION		
J'ai pris connaissance des informations complémentaires ci-dessous. Veuillez cocher et signer. ☐ L'utilisation d'une place de courtoisie ne doit entraîner aucun coût additionnel au centre de services scolaire; ☐ Je suis responsable que mon enfant connaisse l'autobus assigné, son horaire et qu'il gère de façon autonome cette adresse complémentaire. *Ces informations sont disponibles dans le Mozaïk-Portail de chacun de vos enfants; ☐ Ce service doit être considéré comme un privilège annuel et, de ce fait, prend fin au plus tard le 30 juin de chaque année. Il ne constitue en aucun temps un droit acquis; ☐ Les élèves qui bénéficient de ce service doivent obligatoirement se rendre au point d'embarquement désigné par le centre de services scolaire. ☐ Le privilège de transport en place de courtoisie peut être retiré en tout temps. Un avis sera donné en cas de perte de ce privilège.		
Signature du demandeur :		Date de la signature :
ESPACE RÉSERVÉ AU TRANSPORT SCOLAIRE		
La demande est : ☐ Acceptée ☐ Refusée		Motif (si en attente ou refusée) :
No. Parcours : AM : _____ PM : _____	Date d'entrée en vigueur : _____	
Heure d'embarquement : AM : _____ PM : _____	No. Autobus : AM : _____trf_____trf_____ PM : _____trf_____trf_____	Courriel pour aviser : ☐ École ☐ Parent ☐ Transporteur
Point d'embarquement: ☐ Domicile ☐ Arrêt : _____		
Signature du transport scolaire :		Date de traitement :

Une demande doit être remplie pour chaque élève par adresse de résidence. L'analyse de la demande débutera à la réception du formulaire complété. Leur réception déterminera le statut de priorité de traitement. La présente demande doit être retournée par courriel à l'adresse transport.scolaire@cssh.gouv.qc.ca ou au Centre de services scolaire Harricana à l'adresse 341, rue Principale Nord, Amos (Québec) J9T 2L8.