

*Transport scolaire*

# Demande de transport à une adresse complémentaire

**Conditions :**

1. Il y a des places disponibles à bord du véhicule.
2. Un parcours existe entre l’adresse complémentaire et l’école.
3. L’attribution des adresses complémentaires ne doit pas occasionner de dépense additionnelle.
4. La Commission scolaire n’est pas tenue d’appliquer les normes de « distance maximale au point d’embarquement » lorsqu’une telle adresse est demandée.

**Retourner le formulaire signé :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Service du transport scolaire**310, rue de l’ÉgliseDonnacona (Québec) G3M 1Z8 | **Fax :** 418 285-5065 | **Courriel :** transport@csportneuf.qc.ca  |

## Identification de l’élève

|  |
| --- |
| Nom et prénom de **l’enfant** : |
| École fréquentée : |

## Adresse principale

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du **répondant** : | Téléphone :  |
| Adresse : |

## Adresse complémentaire

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du **répondant** : | Téléphone :  |
| Adresse : |
| Périodes où est requis le transport scolaire à l’adresse complémentaire :A.M. ❒ P.M. ❒ |

Signature du répondant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Le technicien responsable du Service du transport scolaire communiquera avec vous
seulement si la demande est refusée.**

|  |
| --- |
| **Réservé à l’administration** |
| No d’autobus : | Date effective : |