

**À remplir par l'école**

**IDENTIFICATION**

Nom de l'élève :

Prénom :

N° de fiche :

Téléphone :

Adresse :

Date de naissance :

École fréquentée :

Nos politiques sur le transport scolaire nous permettent de transporter des élèves souffrant d'un handicap à caractère **permanent**.

Aux fins de vérifier si l'élève \_\_\_\_\_ qui vous est référé souffre bien d'un des handicaps suivants, veuillez cocher la case appropriée et donner les précisions à l'endroit prévu.

**À remplir par le médecin traitant**

- |   |          |           |
|---|----------|-----------|
| 1. De déficience intellectuelle                               | Moyenne  | Profonde  |
| 2. De déficience  | Motrice  | Organique |
| 3. De déficience  | Auditive | Visuelle  |
| 4. De troubles sévères du développement (Ex. : Autisme, etc.) |          |           |
| 5. Autres déficiences physiques                               |          |           |

**Précisions :** (vulgariser les termes médicaux)

**Je certifie que cette personne souffre bien du handicap mentionné ci-dessus.**

Signature du médecin :

Numéro de licence :

Date:

**NB →** Tout examen médical est à la charge des parents et le Centre de services scolaire ne remboursera aucune dépense aux fins de la présente.