

Annexe A-2
Liste des enfants ayant une problématique de santé
qui utilisent le transport scolaire

À remplir par la direction d'école et transmettre au responsable du transport scolaire du Centre de services scolaire

Nom de l'école : _____ Date : _____
Nom de la direction d'école : _____ Année scolaire : _____
Nom de l'infirmière scolaire : _____ Téléphone de l'infirmière : _____
Courriel : _____

Les parents des enfants identifiés ci-dessous ont autorisé la transmission d'informations concernant l'état de santé de leur enfant au transporteur scolaire.

| Nom de l'élève | Adresse (numéro, rue, municipalité) (si plus d'une adresse, utilisez 2 lignes) | Problématique de santé | Numéro de circuit (à l'usage du service de transport) |
|----------------|---|------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Section à remplir par le service du transport scolaire

Ce document a été transmis au transporteur scolaire par :

Nom du responsable du transport scolaire : _____ Date : _____

Signature du responsable du transport scolaire : _____