

POLITIQUE DU TRANSPORT

L'élève en garde partagée, à la suite d'une demande conjointe des parents, bénéficie d'un double service si chacune des adresses est à plus de 1,6 km de son école et que les deux résidences sont sur le territoire de la même école, le tout selon un calendrier hebdomadaire fixe ou en alternance une semaine sur deux.

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

# Fiche : \_\_\_\_\_ École : \_\_\_\_\_ Degré : \_\_\_\_\_

IDENTIFICATION DES PARENTS

ADRESSE DE LA MÈRE :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphones : à domicile : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

au travail : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU PÈRE :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphones : à domicile : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

au travail : \_\_\_\_\_

VEUILLEZ INDIQUER VOTRE CHOIX

Calendrier hebdomadaire fixe

	L	M	M	J	V
Matin					
Midi					
Soir					

Alternance une semaine sur deux

1 semaine mère / 1 semaine père

Date de début à l'adresse de la mère: \_\_\_\_\_

Date de début à l'adresse du père: \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PÈRE ET DE LA MÈRE (OBLIGATOIRE)

Signature de la mère :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du père :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Veillez envoyer ce formulaire dûment complété  
à l'adresse courriel du transport scolaire  
[transport@cssst.gouv.qc.ca](mailto:transport@cssst.gouv.qc.ca)