

CERTIFICAT MÉDICAL

DIRECTIVES POUR REMPLIR CE FORMULAIRE

Note : Pour être éligible au transport scolaire, la politique du transport scolaire prévoit qu'un élève de préscolaire doit demeurer à plus de 300 mètres de l'école déterminée par la Commission scolaire. Cette distance est portée à 1600 mètres pour un élève du primaire et à 2000 mètres pour un élève du secondaire. Cependant, l'état de santé d'un élève peut justifier l'accès au transport scolaire même s'il ne respecte pas les critères d'éligibilité prévus. Dans ce cas, pour bénéficier du transport scolaire, le parent ou tuteur doit remplir une demande de transport selon les règles et procédures en vigueur à la Commission scolaire.

Section A L'école fournit le présent formulaire et doit remplir la section A avant de le remettre à un des parents ou au tuteur.

Note : *Jours d'absence* (indiquer le nombre de jours d'absence de l'année précédente)

Section B Un des parents ou le tuteur doit signer à la section B avant de soumettre le formulaire au médecin traitant.

Section C Le médecin traitant doit remplir et signer cette section.

LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE RETOURNÉ À L'ÉCOLE

Section D Sur réception du certificat médical dûment rempli, la Direction du service de l'organisation scolaire (DSOS) procède à l'analyse des informations fournies par le médecin traitant. Conformément à la politique du transport scolaire, la DSOS autorise l'accessibilité au transport scolaire dans l'éventualité où l'état de santé de l'élève le justifie et avise la direction de l'école.

Section réservée à l'école

Nom de l'école : _____

Nom de l'enfant : _____ Niveau : _____

Adresse : _____

N° téléphone : _____ Jours d'absence : _____

L'élève participe aux activités physiques et sportives : Oui Non

L'élève doit prendre des médicaments durant les heures de classe : Oui Non

Signature de la direction : _____ Date : ____/____/____

Section réservée aux parents ou tuteur

Par la présente, j'autorise le médecin à fournir les informations médicales requises pour l'étude du dossier.*

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : ____/____/____

* Tout examen médical est à la charge des parents ou tuteur. La Commission scolaire ne débourse aucuns frais aux fins de la présente.

Section réservée au médecin traitant

La politique du transport scolaire nous permet de transporter des élèves qui présentent une limitation à caractère permanent ou non, même s'ils ne répondent pas aux critères d'admissibilité retenus par la Commission scolaire.

Aux fins de vérifier si l'élève qui vous est référé présente bien une des limitations suivantes, veuillez en indiquer la nature :

Déficience sensorielle surdité cécité ou semi-cécité

Déficience physique à caractère permanent, à l'exclusion des déficiences chroniques

Précisez : _____

Déficience physique chronique à caractère permanent

Précisez : _____

Déficience physique chronique à caractère non-permanent

Précisez : _____

 pilepsie (non médicale­ment contrôlée)

Asthme : léger moyen sévère

Facteurs déclenchant les crises d'asthme : _____

Je certifie que _____ souffre bien de la déficience indiquée ci-dessus.
(nom du patient)

Recommandations :

- L'élève peut marcher pour se rendre à l' cole compte tenu de son état et de la distance à parcourir.
- L'élève devrait être transport  pour la période hivernale (décembre à mars).
- L'élève devrait être transport  toute l'année.

Autres recommandations : _____

Signature du médecin traitant N  de licence Date : ___/___/___

Adresse du médecin : _____ N  téléphone : _____

Section réservée à la Direction du service de l'organisation scolaire

Distance du domicile à l' cole : _____ mètres

Vérification auprès du médecin de la Commission scolaire : oui non

Transport : accepté refusé

Raison : _____

Signature : _____ Date : ___/___/___

**CE FORMULAIRE DEMEURE CONFIDENTIEL
IL EST UTILISÉ AUX SEULES FINS POUR LESQUELLES IL EST DESTINÉ**