



CERTIFICAT MÉDICAL

Directives pour compléter ce formulaire

NOTE : En terme d'admissibilité au transport scolaire, la politique de transport prévoit que l'élève de maternelle doit demeurer à plus de 0,8 km de l'école déterminée par la Commission scolaire. Cette distance est portée à 1,6 km pour l'élève du primaire et à 2,4 km pour l'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'admissibilité prévus. Dans ce cas, pour bénéficier du transport scolaire, le parent ou tuteur doit compléter une demande de transport selon les règles et procédures en vigueur à la Commission scolaire.

Case A Le certificat médical est disponible à l'école et la case "A" doit être complétée avant de le remettre à un des parents ou au tuteur.

Note : Jours d'absences (Indiquer le nombre de jours d'absences de l'année précédente).

Case B Cette case doit être signée par un des **parents** ou par le **tuteur**. Par la suite, le formulaire doit être soumis au médecin traitant par un des parents ou par le tuteur.

Case C Cette case doit être complétée et signée par le **médecin spécialiste**.

Le formulaire doit être retourné à l'école

Case D Sur réception du certificat médical dûment complété, le **Secteur du transport des élèves** procède à l'analyse des informations fournies par le médecin spécialiste traitant. Conformément à la politique de transport, le Secteur du transport des élèves permet 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.

A COMPLÉTER PAR L'ÉCOLE

Date : ___/___/___

Nom de l'école : _____

Nom et prénom de l'enfant : _____ Niveau : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ Jours d'absence : _____

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

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

Signature de la direction : _____

A

À COMPLÉTER PAR LES PARENTS / RÉPONDANTS

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

Signature d'un parent / répondant : _____

B

* Tout examen médical est à la charge des parents et la Commission scolaire ne défraiera aucune dépense aux fins de la présente.

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE

Nos politiques sur le transport scolaire nous permettent 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 :

- 1- ➤ Déficience sensorielle : a) surdité : b) cécité ou semi-cécité :
- 2- ➤ Déficience physique à caractère permanent, à l'exclusion des déficiences chroniques :
Précisez : _____
- 3- a ➤ Déficience physique chronique à caractère permanent :
Précisez : _____
- 3- b ➤ Déficience physique chronique à caractère non-permanent :
Précisez : _____
- 4- ➤ Épilepsie (*non médicalement contrôlée*) :
- 5- ➤ Asthme a) léger b) moyen c) sévère
Les crises sont déclenchées par quels facteurs : _____

Je certifie que _____ souffre bien de la déficience ci-dessus indiqué.

Recommandations :

- 1) Compte tenu de son état et de la distance à parcourir, l'élève peut marcher pour se rendre à l'école.
- 2) L'élève devrait être transporté pour la période hivernale (décembre à mars).
- 3) L'élève devrait être transporté toute l'année.
- 4) Autres recommandations : _____

Signature du médecin spécialiste

N° de licence

Adresse du médecin spécialiste

(_____) _____

N° de téléphone

Date

À COMPLÉTER PAR LE SECTEUR DU TRANSPORT SCOLAIRE

Distance du domicile à l'école : _____ km

Vérification auprès du médecin de la Commission scolaire : Oui Non

Transport : Accepté : Refusé :

Raison : _____

Signature

Date

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