



Certificat médical

Année scolaire 20 ____ -20 ____

→ SECTION À COMPLÉTER PAR LES PARENTS ←

Nom et prénom de l'enfant :

Âge :

Sexe :

M

F

Adresse :

Téléphone :

École fréquentée :

J'autorise le médecin à fournir aux personnes concernées les raisons qui motivent le transport de mon enfant à l'école.

Date

Signature de l'autorité parentale

→ SECTION À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN ←

Un transport scolaire peut être fourni à l'élève souffrant d'un handicap à caractère temporaire ou permanent, même s'il demeure à moins de 1,6 km de l'école qu'il fréquente.

Afin de vérifier si l'élève ci-haut mentionné qui vous est référé(e) souffre bien d'un handicap :

- *Cas d'asthme (voir au verso)*

Indiquez si l'état de santé de l'élève signifie l'obligation d'utiliser le transport pour se rendre à l'école.

Oui

Non

Si oui, indiquez la (les) raison(s) : _____

Pour combien de temps aura-t-il (elle) besoin d'un transport ? _____

Remarques (s'il y a lieu) : _____

Je certifie que _____ souffre bien du handicap ci-dessus indiqué.

Signature du médecin

No de licence

No de téléphone

Adresse

Date

Note : Tout examen médical est aux frais des parents et la commission scolaire ne défraiera aucune dépense pour les fins de la présente. De plus, la commission scolaire se réserve le droit de faire une demande de contre-expertise par le médecin de son choix.

→ Retournez ce rapport directement au Service du transport de la Commission scolaire du Lac-Saint-Jean. ←

Cas d'asthme

Chaque année, plusieurs demandes de transport scolaire **reliées à l'asthme** parviennent à notre service.

Nous pouvons difficilement analyser et traiter toutes les demandes de façon équitable. Face à cette situation répétitive, ambiguë et abusive, nous adoptons la procédure suivante :

Pour des fins de transport, seuls seront considérés les cas d'asthme entraînant un handicap significatif et permanent qui nécessite des mesures spécialisées en matière de traitement, de réadaptation, de rééducation ou de scolarisation.