



TRANSPORT SCOLAIRE

## Certificat Médical de l'Élève

### Étape 1

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT (avant le médecin spécialiste)

Nom de l'élève: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement: \_\_\_\_\_ No fiche : \_\_\_\_\_

Adresse de transport: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No de téléphone: \_\_\_\_\_ Groupe-repère: \_\_\_\_\_

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

Signature de la direction: \_\_\_\_\_

À COMPLÉTER PAR LES PARENTS OU TUTEURS

## Étape 2

### À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE

- Déficience sensorielle:      semi-cécité                      cécité
- Déficience physique chronique à caractère permanent, à l'exclusion des déficiences chroniques:  
Précisez: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Déficience physique chronique à caractère permanent:  
Précisez: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Déficience physique chronique à caractère non-permanent:      En vigueur du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Précisez: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Épilepsie (non médicalement contrôlée):
- Asthme:                                      léger                      moyen                      sévère  
Les crises sont déclenchées par quels facteurs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Autres informations: \_\_\_\_\_

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

Recommandations (compte tenu de son état et de la distance à parcourir):

- L'élève peut marcher pour se rendre à l'école  
(préscolaire 800 mètres, primaire 1600 mètres et secondaire 1600 mètres)
- L'élève peut marcher pour se rendre à l'arrêt d'autobus  
(préscolaire 300 mètres, primaire 600 mètres et secondaire 1000 mètres)
- L'élève devrait être transporté pour la période hivernale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- L'élève devrait être transporté toute l'année
- Autres recommandations: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin spécialiste : \_\_\_\_\_

Signature du médecin spécialiste: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ No de téléphone: \_\_\_\_\_ No de licence: \_\_\_\_\_

### À L'USAGE DU SERVICE DU TRANSPORT

Distance du domicile à l'établissement: \_\_\_\_\_ mètres.      Transport: accepté      refusé

Vérification auprès du médecin de la commission scolaire:                      oui      non

Remarques: \_\_\_\_\_

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