

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____

Adresse : _____ Tél : _____

École : _____

Distance entre la résidence et l'arrêt d'autobus _____ et l'école _____

L'élève dont le nom apparaît ci-dessus souffre d'un handicap à **caractère permanent** :

Déficience motrice Déficience sensorielle Déficience neurologique Maladie chronique

Identification et brève description :

Je, soussigné, certifie que l'élève dont le nom apparaît ci-dessus souffre du handicap à caractère permanent ici précisé et peut généralement franchir une distance limitée à _____ mètres pour se rendre : soit à son école, soit au point d'embarquement du transport scolaire.

S.V.P. motiver : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature

Date