



Demande de transport médical

RETOURNER LE FORMULAIRE REMPLI À
Centre de services éducatifs des écoles de Waterloo
1516 Washington St, Waterloo, IA 50702 ♦ 319.433.1801 ♦ Fax 319-433-1887



Nom d'étudiant: _____ (s'il te plaît imprime)

Les parents/tuteurs demandant un transport en raison d'une condition médicale doivent apporter ce formulaire à leur médecin pour qu'il le remplisse et le retourner au Centre de services éducatifs des écoles de Waterloo situé au 1516 Washington St..

Les approbations seront basées sur la vérification du formulaire rempli.

Raison principale de la demande de transport: _____

Cette demande est-elle temporaire? Oui Non

Si oui, quelle est la date de fin prévue à laquelle le transport médical pourrait être nécessaire? _____/_____/_____

Si non, ce formulaire expirera le dernier jour de l'année scolaire en cours.

RECOMMANDATION

Pour les raisons indiquées ci-dessus, et compte tenu de l'absence prévue de cet élève de l'école, je suis (par ma signature ci-dessous) en faveur du transport de soutien fourni comme suit.

Transport porte à porte "Arrêt le plus proche "Transport (généralement à 1-2 pâtés de

Signature du médecin: _____ Date: _____

Nom dactylographié/imprimé: _____ Telephone: _____

Adresse/Ville/État/Code postal: _____

À l'usage du service des transports UNIQUEMENT.

Demande refusée (raison) _____ Initiales du personnel _____

Demande approuvée No Av.midi Itinéraire _____ Arrêt Av.midi _____ Temps Av.midi _____

Demande approuvée No Ap.midi Itinéraire _____ Arrêt Ap.midi _____ Temps Ap.midi _____

Examen du département des services Demande Approuvée Demande refusée (raison) _____

aux étudiants

Élève de l'éducation Spe

Étudiant de l'enseignement régulier.

Adresse principale _____

École _____

Date à laquelle le parent a été avisé _____