

Service de l'organisation scolaire et du transport
955, boul. St-Martin Ouest
Laval (QC) H7S 1M5
ost@csslaval.gouv.qc.ca
(450) 662-7000

Nouvelle demande : Oui Non

Renouvellement : Oui Non

Secteur : Régulier

Adaptation scolaire

Date de la demande : _____

1 - IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance: _____

Sexe : F M X

Centre de services scolaire d'origine : _____

Code permanent : _____

Fiche : _____

Code de difficulté, si applicable : _____

Ordre d'enseignement : Presco Prim Sec

Niveau : 1 2 3 4 5 6

2 - IDENTIFICATION DE L'ORGANISME SCOLAIRE CHOISI

Centre de services scolaire _____

école: _____

École choisie: _____

Programme: _____

3 - IDENTIFICATION DES PARENTS OU DU RÉPONDANT

Père Mère Tuteur

Nom et prénom du père ou du répondant _____

Tél. Maison: _____

Tél.Travail: _____ poste _____

Cellulaire: _____

Nom et prénom de la mère ou de la répondante _____

Tél. Maison: _____

Tél.Travail: _____ poste _____

Cellulaire: _____

Courriel du père ou du répondant _____

Courriel de la mère ou de la répondante _____

Nouvelle adresse, s'il y a lieu _____

Date de l'entrée en vigueur _____

4 - SIGNATURE DU PARENT OU DU RÉPONDANT

Je consens à ce que mon enfant s'inscrive au centre de services scolaire ci-haut mentionné et à ce que les renseignements recueillis sur ce formulaire soient transmis aux personnes concernées et au ministère de l'Éducation pour des fins de gestion. Je reconnais que cette demande est valide pour une année scolaire seulement et devra être renouvelée annuellement.

* Je reconnais avoir pris connaissance de la décision du centre de services scolaire quant au transport de mon enfant, si applicable.

Signature de l'autorité parentale _____

Date: _____

5 - ACCEPTATION OU REFUS PAR LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE LAVAL

Service de l'organisation scolaire et du transport

La demande a été : Acceptée Refusée

Raison du refus _____

Direction de l'OST _____ Date _____

Service éducatifs : Secteur adaptation scolaire

Recommandation de classement Acceptée Refusée

Transport fourni Oui Non

Direction des Services éducatifs _____ Date _____

Retourner à l'adresse courriel : ost-info-primaire@csslaval.gouv.qc.ca