

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉVISION DE L'ARRÊT D'AUTOBUS TP004B

En tant que parent/tuteur, je reconnais que (cocher les champs applicables) :

Je suis responsable de voir à la sécurité de mon enfant à son arrêt d'autobus.

Je suis responsable de marcher avec mon jeune enfant vers et à partir des arrêts d'autobus.

Seuls les élèves du Jardin d'enfants seront ramassés et déposés à la porte.

Il n'y a aucune obligation de modifier un arrêt d'autobus pourvu que la distance de marche respecte les politiques et procédures de l'AHSTS.

Si aucune de ces raisons ne correspondent à la raison de votre demande de révision, veuillez SVP compléter l'information ci-dessous et remettre le formulaire à l'école de votre enfant. L'école fera parvenir le formulaire à l'AHSTS qui révisera votre demande et vous communiquera sa décision à l'intérieur d'un délai de 10 jours ouvrables.

Nom de l'élève (nom/prénom)	
École	
Année d'études	
Nom du parent / tuteur	
Numéro de téléphone du parent / tuteur	
Adresse courriel du parent / tuteur	
Arrêt à réviser (AM)	
Arrêt à réviser (PM)	
Raison de la demande	
Date :	Signature :