

Ecoles du Comté de Guilford-Formulaire de Demande de Transport pour Enfants Exceptionnels 2019-2020

CONFIDENTIEL**CONFIDENTIEL****En majuscules**

Etudiant: _____ Parent/Tuteur: _____
 Adresse _____ Ville _____ Indicatif postal _____
 Age: _____ Date de Naissance: _____ Classe _____ Race/Sex: _____ Tel. de la maison: _____
 Tel. du Travail/Personne à contacter: 1. _____ 2. _____

Personne en cas d'Urgence/ Tel # _____

***Endroit où il faut aller chercher l'enfant/Endroit où il faut le laisser. Si l'endroit est une crèche ou des appartements indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone.**

Adresse du matin: _____ Adresse de l'après-midi: _____

Il se peut que les adresses qui sont au dehors de la zone d'assistance de l'école ou de l'école d'assistance ne reçoivent pas de service selon les Règles du Département de Transport du Comté de Guilford pour le transport d'Enfants Exceptionnels et les Procédures pour chercher/laisser les enfants daté 18 Aout, 2003.

Explication des Considérations de Transport Spécial ou des Problèmes de Santé. (Ex: Tube d'Alimentation, Oxygène, Attaques d'Épilepsie, Allergies etc.) _____

Permission des Parents: _____ **Marquez une :** Oui / No

Pour la sécurité pendant le transport: Est-ce que l'enfant peut être restreint

Avec un Système (CSRS) approprié pour l'âge/le poids/l'hauteur selon la détermination du Département de Transport? _____ / _____

Les étudiants n'ont pas l'autorisation de sortir du bus au moins qu'un adulte soit là. Je comprends que c'est ma responsabilité d'être à l'arrêt du bus l'après-midi pour recevoir mon enfant. Si il n'y a pas d'adulte à l'arrêt du bus pour recevoir mon enfant, il/elle ira de nouveau à son école et ce sera ma responsabilité de fournir du transport de l'école à la maison. ce jour là.

Les besoins d'hygiène de l'étudiant seront fournis selon la nécessité et seront appropriés par le personnel du transport.

Selon le besoin, le personnel de l'école fournira le Document d'Information Supplémentaire pendant les cinq (5) jours de l'inscription de l'étudiant. Si je suis absent, le(s) personne(s) suivantes peuvent recevoir mon enfant:

Nom et Tel. # _____ Nom et Tel. # _____

Je comprends que c'est ma responsabilité de communiquer au Département des Enfants Exceptionnels s'il y a un changement d'adresse. Le Département de Transport exige un minimum de cinq (5) jours de travail pour faire de nouvelles assignations ou des changements d'adresse pour transport. Si l'étudiant ne prend pas le bus pendant trois (3) jours scolaires consécutifs c'est la responsabilité du parent/tuteur de contacter le Directeur de transport approprié pour recommencer le service de transport.

J'ai reçu une copie des Règles du Transport d'Enfants Exceptionnels du Département de Transport pour 2018-2019.

Signature du Parent/Tuteur _____ Date _____

EXCEPTIONAL CHILDREN'S DEPARTMENT USE ONLY - date received from school: ____/____/____

Previous Assignment

Home School _____ Last School Attended _____ Teacher Contact _____

2019-20 Assignment

Date Effective: _____ (5 school days from submission to Transportation)

School _____ Teacher Contact _____

School Address (If not GCS) _____ Phone: _____

Classification: _____ Section 504? (Y/N) _____ Arrival Time: _____ Departure Time: _____

(Complete if arrival/departure time is different from the published bell

schedule.)

Additional Information/Special Instructions: _____

Supplemental Form is attached: Yes _____ No _____

Mark Appropriate Needs: Child Safety Restraint System (CSRS): Child's weight _____/height _____

Wheelchair _____ Safety Asst. _____ Oxygen _____ Nurse _____ Other _____

It is the responsibility of the Physical Therapist to mark the tie-down locations on the frame of the student's wheelchair.

Exceptional Children's Department Contact _____ Phone # _____ Date Faxed to Transportation _____

School Administrator _____ Date _____

TRANSPORTATION DEPARTMENT USE ONLY

Transportation Department Supervisor _____ Assigned Transportation Zone _____ Date Processed/Returned to School _____