

INFORMATIONS (lettres moulées)

Madame Monsieur

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : (_____) _____ Date de naissance : (_____ / _____ / _____)
(JJ/MM/ANNÉE)

Courriel : _____

J'ai pris connaissance des règlements du transport adapté et je m'engage à les respecter.

Signature : _____ Date : _____

LES ÉTUDIANTS DE 16 ANS ET PLUS DOIVENT OBLIGATOIREMENT FAIRE COMPLÉTER LA SECTION CI-DESSOUS PAR LEUR ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT POUR AVOIR DROIT À LA TARIFICATION ÉTUDIANTE.

Nom de l'institution : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Je certifie que l'étudiante ou l'étudiant dont le nom est inscrit ci-dessus fréquente notre institution d'enseignement à **temps plein**¹.

Signature du responsable au service pédagogique : _____



Sceau officiel de l'institution

Date : (_____ / _____ / _____)
(JJ/MM/ANNÉE)

¹ Réputé étudier à temps plein dans le réseau régulier où;

Réputé étudier à temps plein, au moins 20 heures d'enseignement par mois et être atteint d'une déficience fonctionnelle majeure reconnue par le Ministère de l'Éducation du Québec.

Réservé à l'administration de la STC		
Formulaire reçu par	Signature	Date