

**DEMANDE POUR TRANSPORT
CHOIX D'ÉCOLE**

École de choix :

Enfant (s) :

1. Nom :	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>	Niveau scolaire	<input type="text"/>
2. Nom :	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>	Niveau scolaire	<input type="text"/>
3. Nom :	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>	Niveau scolaire	<input type="text"/>

Adresse légale :

Adresse postale :

Autre information:

Nom du parent :

Signature :

Date :

S.v.p. remettre à l'adresse suivante avant le 30 juin : transport@dsfm.mb.ca

RÉSERVÉ AU SERVICE DU TRANSPORT :

Parcours :

Lieu embarquement :

Heure embarquement :

Lieu débarquement :

Heure débarquement :

« Apprendre et grandir ensemble »