**FORMULAIRE POUR LAISSEZ-PASSER À TARIF RÉDUIT POUR ÉTUDIANT : TAXIBUS ET TRANSPORT ADAPTÉ**

**ADMISSIBILITÉ**

Le présent formulaire est destiné aux étudiants fréquentant à temps plein un établissement d’enseignement reconnu par le Ministère de l’Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et désirant obtenir une réduction de 40% des laissez-passer en vigueur selon les conditions suivantes :

* Le rabais est accordé pour les trajets comportant comme destination ou départ un point de desserte autorisé dans la MRC de Joliette;
* Le rabais est accordé aux étudiants entre 16 à 25 ans fréquentant à temps plein un établissement d'enseignement reconnu par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS);
* L’étudiant doit avoir fait compléter le présent formulaire par l’établissement concerné et le faire parvenir au service de transport de la MRC de D’Autray, 2 jours ouvrables avant le paiement du laissez-passer;
* Les présentes dispositions entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2018;

- Pour des fins de contrôles, le chauffeur ou un représentant de la MRC peut demander une preuve d’identification à l’usager (carte d’assurance-maladie, permis de conduire) lors de ses déplacements;

* Le formulaire doit être complété de nouveau annuellement avant le début de la nouvelle année scolaire.

**À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Année / Mois / Jour*

**LES ÉTUDIANTS DE 16 ANS ET PLUS DOIVENT FAIRE REMPLIR CETTE SECTION PAR LEUR ÉTABLISSEMENT D’ENSEIGNEMENT RECONNU PAR LE MINISTÈRE DE L’ÉDUCATION ET DE L’ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR (MEES).**

Nom de l’établissement d’enseignement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je certifie que la personne dont le nom est inscrit ci-dessus étudie dans notre établissement d’enseignement à ***temps plein***. À ma connaissance, les renseignements précédents sont exacts.

 Apposer le sceau ou timbre
 de l’établissement d’enseignement ici :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du responsable de l’établissement

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date  *Année / Mois / Jour*

Aucune photocopie acceptée **Pour les 16 ans et plus**

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du demandeur Date *Année / Mois / Jour*