

Service de transport adapté

Attestation d'autonomie et autorisation à laisser sans surveillance à sa destination un usager du service de transport adapté

Cette attestation et autorisation a pour but de respecter l'autonomie de l'usager identifié au point 1 tout en maintenant des conditions sécuritaires lors de ses déplacements.

1. IDENTIFICATION DE L'USAGER

N° de client au service de transport adapté : _____

Prénom et nom de l'usager (en lettres moulées) : _____

2. ATTESTATION DU REQUÉRANT

Je, soussigné·e, _____

☐ usager·ère du service de transport adapté de la Société de transport de Laval (la « STL ») identifié·e au point 1, déclare être autonome et autorise tout chauffeur du service de transport adapté de la STL à me laisser seul·e à ma destination, sans qu'une personne ne me prenne en charge.

☐ représentant·e légal·e de l'usager du service de transport adapté de la STL identifié au point 1, à titre de :

☐ tuteur·trice au majeur

☐ titulaire de l'autorité parentale (usager de moins de 18 ans)

☐ personne nommée en vertu d'une autorisation de représentation temporaire

☐ tuteur·trice au mineur

☐ personne nommée en vertu d'un mandat de protection homologué

domicilié·e au _____

et pouvant être rejoint·e par téléphone au _____

ou par courriel à l'adresse _____,

atteste que cet usager est suffisamment autonome pour être laissé seul à sa destination, qu'il s'agisse de son domicile ou de toute autre destination, sans qu'une personne le prenne en charge et sans que cela représente un risque pour sa santé, sa sécurité ou celle des autres. J'autorise donc tout chauffeur du service de transport adapté de la STL à le laisser seul à sa destination.

Considérant cette autorisation, je comprends que le chauffeur du service de transport adapté de la STL verra à :

- s'assurer d'être à la bonne adresse;
- accompagner l'utilisateur jusqu'à la porte;
- s'assurer que l'utilisateur est entré dans le lieu de destination.

Cette déclaration ou autorisation est valide tant et aussi longtemps que l'utilisateur est admissible au service de transport adapté de la STL, à moins que je ne la révoque par écrit.

3. SIGNATURE DU REQUÉRANT

Attestation signée à _____,

Année Mois Jour
le

--	--	--	--	--	--	--	--

Signature

ATTENTION : Tout formulaire incomplet ne sera pas considéré comme valide et entraînera le maintien de la demande de prise en charge de l'utilisateur ère à sa destination.

Transmettez ensuite le formulaire rempli :

par courriel à l'adresse
transportadapte@stl.laval.qc.ca

ou

par courrier postal à l'adresse

Société de transport de Laval
Service de transport adapté
2250, av. Francis-Hugues Laval (Québec)
H7S 2C3

SECTION RÉSERVÉE À LA STL

Vérification du contenu du formulaire et attestation de saisie au dossier

Année Mois Jour
Effectuée le :

--	--	--	--	--	--	--	--

Le formulaire est complet : ☐ Oui ☐ Non et le requérant en a été informé le :

--	--	--	--	--	--	--	--

Par : ☐ Courriel ☐ La poste ☐ Autre : _____

Prénom, nom et titre de la personne ayant effectué la vérification et saisie au dossier, le cas échéant :
