

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. IDENTIFICATION DU REQUÉRANT

---

Prénom et nom du requérant (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

### 3. ATTESTATION DU REQUÉRANT

---

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

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> tuteur·trice au majeur | <input type="checkbox"/> titulaire de l'autorité parentale (usager de moins de 18 ans) | <input type="checkbox"/> personne nommée en vertu d'une autorisation de représentation temporaire |
| <input type="checkbox"/> tuteur·trice au mineur | <input type="checkbox"/> personne nommée en vertu d'un mandat de protection homologué  |   |

atteste que l'usager identifié au point 1 (l'« 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 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.

#### 4. SIGNATURE DU REQUÉRANT

Signée à \_\_\_\_\_,

le 

Année	Jour	Mois
_	_	_

\_\_\_\_\_  
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 à sa destination.**

**Transmettez ensuite le formulaire rempli :**

par courriel à l'adresse

[transportadapte@stl.laval.qc.ca](mailto: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

Effectuée le : 

Année	Jour	Mois
_	_	_

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

Année	Jour	Mois
_	_	_

Par :  Courriel  La poste  Autre : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_