

Formulaire de réservation de déplacements réguliers

Ce formulaire peut être complété **uniquement** pour effectuer des déplacements répétitifs de la même origine vers la même destination, à des heures fixes, pendant au moins 8 semaines consécutives.

Remplir et envoyer le formulaire au moins 15 jours avant la date de l'activité à la répartition du STAC par télécopieur au **418 687-6320** ou par courriel à reservation@stacquebec.ca
Un préposé vous rappellera pour confirmer votre réservation de déplacements.

Le client

Nom du client M. M^{me} _____
Prénom _____ Nom _____

Numéro d'utilisateur _____

L'activité

Nom de l'activité _____ Organisme rattaché _____
Exemple : cours de natation

Adresse de l'activité _____
(destination) numéro _____ rue _____

Précision concernant l'accès au lieu * _____

* Le STAC offre un service de porte à porte; le chauffeur n'est pas autorisé à entrer à l'intérieur de l'établissement.

Date de début de la réservation _____ jour _____ mois _____ année _____
Date de fin de la réservation _____ jour _____ mois _____ année _____
(si connue)

Interruptions prévues * Non Oui Précisez date(s) _____

* Toutes les demandes régulières sont automatiquement annulées les jours fériés (sauf la clientèle dialysée).

Jour de l'activité Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche
(cocher le jour)

Heure de début de l'activité _____ h _____ Heure de fin de l'activité _____ h _____

Heure d'arrivée demandée * _____ h _____ Heure de retour demandée _____ h _____

* Prévoir un délai de déplacement entre l'heure d'arrivée et le début de l'activité.

Le client peut être déposé 30 minutes avant l'heure demandée et quitter 30 minutes après l'heure de retour demandée.

Adresse d'embarquement du client

_____ numéro _____ rue _____

Adresse de retour du client (après l'activité)

_____ numéro _____ rue _____

Formulaire de réservation de déplacements réguliers

Mode de paiement

- Carte à puce (abonnement mensuel)
- Billet
- Argent
- Laissez-passer mensuel virtuel
- Autre Précisez _____

Motif des déplacements

- Travail
- Service
- Études
- Médical
- Loisir
- Atelier
- Autre
Précisez _____

Aide à la mobilité utilisé lors de ces déplacements

- Ambulant (sans aide à la mobilité)
- Chien guide, chien d'aide
- Quadriporteur
- Canne
- Fauteuil roulant manuel
- Marchette
- Canne longue de détection blanche
- Fauteuil motorisé
- Déambulateur (marchette avec banc)
- Canne de support blanche
- Triporteur
- Autre
Précisez _____

Accompagnateur*

Est-ce que le client sera accompagné pour cette demande de déplacements? Non Oui

* Le client peut être accompagné seulement s'il est autorisé à son dossier et si la place est disponible.

Renseignements supplémentaires (s'il y a lieu)

La confidentialité de l'information transmise sera respectée en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Cette information sera à l'usage exclusif du service de la planification des services du STAC.

Signature _____

Date _____
jour mois année