

Service de transport adapté

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

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

1. IDENTIFICATION DE L'USAGER·ÈRE

N° de client au service de transport adapté : _____

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

2. ATTESTATION DU REQUÉRANT

Je, soussigné·e, _____

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

☐ Représentant·e légal·e de l'usager·ère du STAC identifié au point 1, à titre de :

☐ tuteur·trice au majeur

☐ titulaire de l'autorité parentale
(usager·ère 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·te usager·ère est suffisamment autonome pour être laissé·e seul·e peu importe sa destination, ou aux adresses qui sont indiquées dans le présent formulaire, sans qu'une personne le (la) 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 STAC à le (la) laisser seul·e à sa destination.

Autorisation

Modification au dossier

Autorisez-vous le STAC à laisser sans surveillance cet·te usager·ère peu importe sa destination?

Oui

Non

Si vous avez répondu « non » à la question précédente, autorisez-vous le STAC à laisser sans surveillance cet·te usager·ère à certaines adresses ?

Oui

Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, veuillez préciser les adresses auxquelles vous autorisez le STAC à laisser sans surveillance cet·te usager·ère (maximum 9 adresses)

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

The logo for STAC, featuring the letters 'STAC' in a bold, blue, italicized sans-serif font.

Autorisation

Modification au dossier

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Considérant cette autorisation, je comprends que le chauffeur du STAC verra à :

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

Cette déclaration ou autorisation est valide tant et aussi longtemps que l'utilisateur est admissible aux services de transport adapté dispensés par le STAC, à moins que je ne la révoque par écrit.

3. SIGNATURE DU REQUÉRANT

Attestation signée à _____,

le

Année			Mois		Jour	

Transmettez ensuite le formulaire rempli :
par courriel à l'adresse
courriel@stacquebec.ca

ou

par courrier postal à l'adresse
Service de transport adapté de la Capitale
2750, Bl. Wilfrid-Hamel, Québec (Québec)
G1P 2J1

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.

SECTION RÉSERVÉE AU STAC

Vérification du contenu du formulaire et attestation de saisie au dossier

Effectuée le :

Année			Mois		Jour	

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

Année			Mois		Jour	

Par : ☐ Courriel ☐ La poste ☐ Autre : _____

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