

# FORMULAIRE PROJET DE TRANSPORT

NUMÉRO DE LA DEMANDE	
N° MEMBRE DE MEMBRE PARTENAIRE(CTCM)	<input type="checkbox"/> Non-membre
TYPE DE SERVICE	

## SECTION 1 : IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

TITRE DU PROJET :		
NOM DE L'ORGANISME :		ADRESSE :
VILLE :	CODE POSTAL :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____
		COURRIEL : _____
RESPONSABLE(S) DU PROJET : _____		
RESPONSABLE DE L'EMBARQUEMENT : _____		

## SECTION 2 : IDENTIFICATION DU PROJET

DATE(S) DU PROJET :	PROJET : <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Unique	<input type="checkbox"/> Annuel
CLIENTÈLE VISÉE : (inscrire le groupe d'âge) _____		<input type="checkbox"/> Toute la population	
MOTIF DE DEPLACEMENT : <input type="checkbox"/> Formation			
<input type="checkbox"/> Travail			
<input type="checkbox"/> Événement			
<input type="checkbox"/> Loisir			
<input type="checkbox"/> Autre _____			
BREVE DESCRIPTION DU PROJET :			

## SECTION 3 : PLAN DE TRANSPORT

TERRITOIRE DESSERVI PAR LE PROJET :			
NOMBRE DE TRANSPORTS : _____		<input type="checkbox"/> ALLER SEULEMENT	<input type="checkbox"/> ALLER-RETOUR
ESTIMATION DU NOMBRE DE PASSAGERS : _____		<input type="checkbox"/> ENFANT	<input type="checkbox"/> ADULTE
<b>ALLER :</b>	ORIGINE : _____	HEURE DE DEPART : _____	
	DESTINATION : _____	HEURE D'ARRIVEE : _____	
	CIRCUITS DEMANDES : _____	HEURE DE PASSAGE : _____	
<b>RETOUR :</b>	ORIGINE : _____	HEURE DE DEPART : _____	
	DESTINATION : _____	HEURE D'ARRIVEE : _____	
	CIRCUITS DEMANDES : _____	HEURE DE PASSAGE : _____	

TYPE DE VÉHICULE SOUHAITÉ :		
<input type="checkbox"/> Autobus (48 places) _____	<input type="checkbox"/> Minibus (20 places) _____	<input type="checkbox"/> Transport adapté _____
<input type="checkbox"/> Taxi collectif (4 places) _____	<input type="checkbox"/> Taxi collectif adapté (4 à 6 places) _____	
PARTICULARITÉ SOUHAITÉES:		
<input type="checkbox"/> Compartiment à bagage	<input type="checkbox"/> Porte-bagage intérieur	<input type="checkbox"/> Toilette
<input type="checkbox"/> Sièges à dossier inclinable	<input type="checkbox"/> Système de climatisation	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____

## SECTION 4 : COÛT

QUEL BUDGET VOTRE ORGANISME À PRÉVU POUR LE TRANSPORT DE CETTE ACTIVITÉ?	
MONTANT _____ \$	
EST-CE QUE LE PARTICIPANT PAIERA UN MONTANT POUR L'EMBARQUEMENT ? <input type="checkbox"/> Oui COMBIEN? _____ <input type="checkbox"/> Non	
DATE DE RÉCEPTION DU PRÉSENT FORMULAIRE : _____	

N.B. La soumission finale vous sera émise le plus rapidement possible après avoir reçu ce présent formulaire.