**Demande de soutien financier pour les ressources liées à**

**l’approvisionnement concurrentiel de transport des élèves**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du consortium :** |  |
| **Directeur/directrice de l’approvisionnement :** |  |
| **Coordonnées** | **Téléphone :** | **Courriel :** |
|  |
| Quelles sont les dates d'expiration de votre contrat de service de transport scolaire liées à l'approvisionnement proposé? | insérer des dates |
| Votre consortium participe-t-il à un processus d’approvisionnement concurrentiel pour la première fois? | Choisir une réponse. |
| Comment les fonds seront-ils utilisés? | Choisir une réponse. |
| Décrivez brièvement les échéances de l’approvisionnement proposé : |
| Signature du directeur/de la directrice de l’approvisionnement : | Date : |
| À l’usage du Ministère seulementExaminé par :Date d’examen :Décision :  |
| Comité consultatif de l’efficacité et de l’efficience : |

Veuillez soumettre toutes les demandes par voie électronique à :

Unité du transport et des initiatives de collaboration

Direction du soutien aux activités scolaires

Ministère de l’Éducation

Courriel : student.transportation@ontario.ca