

## Section A – Obligatoire pour tous

### SECTION A - IDENTIFICATION

Employé CISSS (Photo obligatoire)

Sections à compléter

Gestionnaire CISSSLAU (Photo obligatoire)

Nom :

Employé / Gestionnaire DRILLL (Photo et titre d'emploi obligatoire)

**A-B-C-D-I**

Prénom :

Employé / Gestionnaire OPTILAB (Photo et titre d'emploi obligatoire)

No employé :

Médecin (Photo obligatoire)

Titre d'emploi :

Date d'entrée en poste :

No de permis (Médecin seulement) :

Enseignant

**A-B-C-D-E-I**

Nom :

Stagiaire

**A-B-C-D-F-I**

Prénom :

Fournisseur

**A-B-C-D-G-I**

No employé agence (ex. : A12345) :

Agence externe

**A-B-C-D-G-I**

Titre d'emploi :

**À remplir**

**Stagiaire**

### BESOIN – Veuillez sélectionner la situation qui s'applique à vous

Pour quelle carte et/ou vignette ?

Carte d'identité non magnétique

Carte d'accès magnétique

Vignette de moto

Activation carte pour borne électrique FLO

Vignette ASSS

Vignette médecin de garde

Vignette de stationnement

**Si désirée et  
requis pour le  
milieu de stage**

La demande concerne ?

Ajout d'accès

Carte d'identité brisée (Joindre une photo recto verso de la carte)

Carte d'accès magnétique brisée (Joindre une photo recto verso de la carte)

Carte démagnétisée ou non-fonctionnelle (Joindre une photo recto verso de la carte)

Carte perdue, volée... (frais de 20 \$)

Changement de titre d'emploi

Changement du lieu de travail

Première demande ou nouvelle carte

Vignette de stationnement décolorée ou brisée (Joindre une photo recto de la vignette)

Vignette perdue, volée (frais de 20 \$)

## PHOTO

Critères d'admissibilité

✓ **Photo COULEUR seulement**

✓ Fond neutre et uniforme

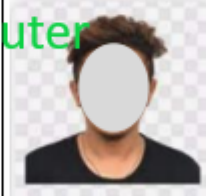
✓ Photo tête-épaule, visage dégagé

✓ Photo claire, définie, nette et sans **aucun filtre**

✓ Format accepté JPEG

✓ Rien ne doit être porté sur la tête, sauf pour des motifs religieux ou médicaux

**Ne pas oublier d'ajouter  
en pièce jointe**



## Section B – Obligatoire pour tous

### LIEU DE TRAVAIL – ACCÈS À AJOUTER

Sélectionnez les installations pour lesquelles vous devez avoir des accès

Blainville – Boisbriand – Deux-Montagnes – Huberdeau – Labelle – Lachute – Mirabel

Si hôpital, préciser le secteur et l'étage

Faite votre choix

Faite votre choix

Faite votre choix

Faite votre choix

Faite votre choix

**\* Sélectionnez votre  
milieu de stage**

Mont-Laurier – Mont-Tremblant – Piedmont – Prévost – Rivière-Rouge – Rosemère – St-Benoit – Ste-Adèle	Si hôpital, préciser le secteur et l'étage
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Ste-Agathe – Ste-Anne-des-Plaines – Ste-Sophie – Ste-Thérèse – St-Eustache – St-Sauveur	Si hôpital, préciser le secteur et l'étage
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	
St-Jérôme	Si hôpital, préciser le secteur et l'étage
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	
St-Jérôme – 500 Des Laurentides / Galeries Des Laurentides	Si hôpital, préciser le secteur et l'étage
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	
Faites votre choix	

# Sélectionnez votre milieu de stage

## Section C – Obligatoire pour tous

**STATIONNEMENT** – Une vignette est obligatoire pour toutes les installations ci-haut

Cocher une des options suivantes

- J'utilise déjà un stationnement     
  Demande de stationnement

Faites votre choix

**Valider si le stationnement demandé est contingenté, puisque les règles d'attribution seront appliquées**

- Annulation ou refus de stationnement -Vignette No (si applicable)     
 Compléter le formulaire " **Annulation ou refus des droits de stationnement** ", lequel est disponible sur le site Internet : [Carte d'identité et stationnement: CISSS des Laurentides \(gouv.qc.ca\)](http://Carte d'identité et stationnement: CISSS des Laurentides (gouv.qc.ca))

## Section supplémentaire à remplir pour les médecins

- Annuellement     
  Utilisation journalière     
  Désistement

## Section D – Obligatoire pour tous

### EXPÉDITION À DOMICILE

Toutes les cartes et vignettes seront expédiées par la poste à votre domicile / Délais de 10 jours ouvrables

Adresse :	À remplir	Appartement/Condo :
Ville :		Code postal :
Adresse courriel :		Téléphone :

## Section E – À compléter si vous êtes ENSEIGNANT

Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

Personne ressource : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse courriel professionnelle : \_\_\_\_\_

Durée de la période (prépayée pour le stationnement) : \_\_\_\_\_ Date début : \_\_\_\_\_ Date fin : \_\_\_\_\_

Demande de réactivation de carte d'accès : Vous devez joindre votre reçu de stationnement afin d'acquitter les frais en personne (argent, débit, crédit) au service de perception de l'hôpital concerné ou communiquez au département de la perception au 450-473-6811 ex, 42347 du lundi au vendredi de 8h-12h et 13h-16h afin d'acquitter vos frais par carte de crédit seulement.

Indiquez le numéro des cartes à réactiver : \_\_\_\_\_

Demande de nouvelles cartes d'accès magnétiques - Quantité désirée (Max. 7) : \_\_\_\_\_

## Section F – À compléter si vous êtes STAGIAIRE sans accompagnement d'enseignant

Établissement d'enseignement :

Responsable au CISSS :

Période de stage / Début :

– Fin :

Téléphone du responsable :

Adresse courriel personnelle :

**À remplir**

Département du stage :

**À remplir**

## Section G – À compléter si vous êtes FOURNISSEUR

Nom de l'entreprise :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

Adresse courriel personnelle :

Responsable au CISSS :

Téléphone du responsable :

## Section H – À compléter si vous êtes une AGENCE EXTERNE

Nom de l'agence :

Adresse :

Ville :

Adresse courriel de l'agence :

Téléphone de l'agence :

Période de l'affectation / Début : - Fin :

Quart de travail :

## Section I – Obligatoire pour tous

### SECTION I - IDENTIFICATION DE VOTRE VÉHICULE

Marque :

Modèle :

Année :

Couleur :

Numéro de plaque :

**À remplir**

## NOTE COMPLÉMENTAIRE À VOTRE DEMANDE

⇒ **IMPORTANT** : Aucun commentaire inscrit dans votre courriel ne sera pris en compte lors du traitement de votre demande

Veillez inscrire vos commentaires dans cette zone

## TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE SERA NON TRAITÉE ET REJETÉE

Je reconnais avoir pris connaissance de la Politique de gestion et de tarification des aires de stationnement du CISSS des Laurentides et je m'engage à en observer tous les termes et conditions.

Vous devez transmettre votre formulaire, dûment complété, à l'adresse suivante pour sa prise en charge : [stationnements.ciSSLau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:stationnements.ciSSLau@ssss.gouv.qc.ca)

Le masculin a été utilisé dans le but d'alléger le texte