



ADMISSION - INSCRIPTION

A. IDENTIFICATION		N'ÉCRIVEZ PAS DANS LES ZONES OMBRAGÉES																													
NOM À LA NAISSANCE <input style="width: 95%;" type="text"/> PRÉNOM <input style="width: 95%;" type="text"/> SEXE : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR <input style="width: 100px;" type="text"/>	N° D.A. <input style="width: 50px;" type="text"/> CODE PERMANENT <input style="width: 100px;" type="text"/> LANGUE MATERNELLE : <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> AUTRE LANGUE D'USAGE : <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> AUTRE																														
B. ADRESSE DE LA RÉSIDENCE PERMANENTE		N'ÉCRIVEZ PAS DANS LES ZONES OMBRAGÉES																													
NUMÉRO <input style="width: 40px;" type="text"/> RUE-ROUTE <input style="width: 95%;" type="text"/> VILLE-VILLAGE <input style="width: 95%;" type="text"/> PROVINCE <input style="width: 40px;" type="text"/>	APPARTEMENT <input style="width: 40px;" type="text"/> CASE POSTALE <input style="width: 40px;" type="text"/> CODE POSTAL <input style="width: 60px;" type="text"/>	TÉLÉPHONES RÉSIDENCE INDICATIF NUMÉRO <input style="width: 100px;" type="text"/> BUREAU INDICATIF NUMÉRO POSTE <input style="width: 100px;" type="text"/>																													
C. AUTRES RENSEIGNEMENTS		N'ÉCRIVEZ PAS DANS LES ZONES OMBRAGÉES																													
STATUT AU CANADA : CITOYEN CANADIEN <input type="checkbox"/> VISA D'ÉTUDIANT <input type="checkbox"/> IMMIGRANT REÇU <input type="checkbox"/> AMÉRINDIEN <input type="checkbox"/>		SCOLARITÉ OFFICIELLEMENT COMPLÉTÉE ET SANCTIONNÉE PAR UN DIPLÔME : <i>(ne cochez qu'une seule case)</i>																													
NOM DE LA MÈRE (à la naissance) <input style="width: 95%;" type="text"/> PRÉNOM DE LA MÈRE <input style="width: 95%;" type="text"/> PRÉNOM DU PÈRE <input style="width: 95%;" type="text"/>	1. <input type="checkbox"/> INFÉRIEURE AU SECONDAIRE V 2. <input type="checkbox"/> SECONDAIRE V GÉNÉRAL OU PROFESSIONNEL (D.E.S. OU D.E.P.) 3. <input type="checkbox"/> COLLÉGIALE I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> AUTRES, PRÉCISEZ : _____																														
EMPLOI ACTUEL : _____ NOM DE L'EMPLOYEUR : _____																															
D. ADMISSION		N'ÉCRIVEZ PAS DANS LES ZONES OMBRAGÉES																													
TITRE DU PROGRAMME : _____ N° : <input style="width: 40px;" type="text"/>	OUVERTURE DE DOSSIER <input style="width: 40px;" type="text"/> DROITS D'INSCRIPTION <input style="width: 40px;" type="text"/>																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #eee;"> <th style="width: 5%;">No de cours</th> <th style="width: 95%;">Titre du cours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td><input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	No de cours	Titre du cours	1	<input style="width: 90%;" type="text"/>	2	<input style="width: 90%;" type="text"/>	3	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #eee;"> <th style="width: 10%;">GR</th> <th style="width: 15%;">DATE DÉB.</th> <th style="width: 15%;">HEURE</th> <th style="width: 15%;">LOCAL</th> <th style="width: 45%;">FRAIS INS.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>			GR	DATE DÉB.	HEURE	LOCAL	FRAIS INS.		<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>		<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>		<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
No de cours	Titre du cours																														
1	<input style="width: 90%;" type="text"/>																														
2	<input style="width: 90%;" type="text"/>																														
3	<input style="width: 90%;" type="text"/>																														
GR	DATE DÉB.	HEURE	LOCAL	FRAIS INS.																											
	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>																											
	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>																											
	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>																											
REMARQUES <input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>																															
NOUVEAU DOSSIER OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		N° DE REÇU PROVISOIRE <input style="width: 100px;" type="text"/>	INITIALES <input style="width: 100px;" type="text"/>	TOTAL <input style="width: 40px;" type="text"/>																											
SESSION : AUTOMNE 20 <input style="width: 40px;" type="text"/> HIVER 20 <input style="width: 40px;" type="text"/> ÉTÉ 20 <input style="width: 40px;" type="text"/>																															

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise le collège à vérifier l'exactitude des documents annexés à cette demande. J'autorise le ministère de l'Éducation du Québec ainsi que tout établissement d'enseignement fréquenté à transmettre au collège une copie de mes bulletins scolaires. J'autorise la transmission des renseignements ci-haut inscrits au ministère de l'Emploi et de la Solidarité et au ministère du Développement des Ressources humaines Canada.

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE : _____ DATE _____