



**ADMISSION / INSCRIPTION**  
Le service de l'Éducation des adultes  
et de la formation professionnelle

No DE FICHE

Année scolaire

**2020-2021**CENTRE **763403** **Entrepreneuriat Marguerite-Bourgeoys**

ÉLÈVE: COMPLÉTER EN LETTRES MOULÉES LES CASES BLANCHES

**A****DOSSIER SOCIODÉMOGRAPHIQUE**

NOM LÉGAL DE L'ÉLÈVE			PRÉNOM USUEL DE L'ÉLÈVE		
AUTRES NOMS DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE		AUTRES PRÉNOMS DE L'ÉLÈVE		RAISON ABS. AUTRE PRÉNOM	SEXE F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	CODE PERMANENT	CODE	LIEU DE NAISSANCE 016: QUÉBEC		
NOM DE FAMILLE DU PÈRE		PRÉNOM USUEL DU PÈRE		N.A.S.	
NOM DE FAMILLE DE LA MÈRE		PRÉNOM USUEL DE LA MÈRE		Adresse électronique (obligatoire)	
ADRESSE PERMANENTE DE L'ÉLÈVE					
NO CIVIQUE	NOM DE LA RUE / CASIER POSTAL	N.S.E.O.	APP.	MUNICIPALITÉ	PROVINCE CODE POSTAL
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	TÉLÉPHONE TRAVAIL	TÉLÉPHONE D'URGENCE	LANGUE(S) FRANÇAIS: 001 ANGLAIS: 002 AUTRE	MATERNELLE PARLÉE À LA MAISON	CODE DESCRIPTION
LANGUE DOCUMENTS F: FRANÇAIS B: BILINGUE	TYPE DE FORMATION C: TEMPS PLEIN P: TEMPS PARTIEL	PROGRAMME DE FORMATION <b>Vente-conseil (5321)</b>		SCOLARITÉ (ANNÉES)	
DEPUIS LE DÉBUT DE L'ANNÉE SCOLAIRE, J'AI SUIVI DES COURS. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			DIPLÔME 1: AUCUN 6: D.E.P. 3: D.E.C. 7: A.S.P. 4: D.E.S. 8: D.E.S. + (C.E.P. / D.E.P.) 5: C.E.P. 9: D.E.S. + A.S.P.		DATE D'OBTENTION ANNÉE MOIS JOUR

**B****Adresse des parents (À compléter pour l'élève âgé de moins de 18 ans)**

NO CIVIQUE	NOM DE LA RUE / CASIER POSTAL	N.S.E.O.	APP.	MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL
PÈRE / MÈRE :						

**C****FORMATION PROFESSIONNELLE**

DATE DE DÉBUT	PROGRAMME 5321	SOURCE DE FINANCEMENT 01	TYPE DE PARCOURS 02 Traditionnel	CONDITION D'ADMISSION	INDICATEUR DE GRATUITÉ SCOLAIRE Oui	RAISON DE LA GRATUITÉ				
NOMBRE D'HEURES	É.T.P.	NOMBRE DE COMPÉTENCES	BÂTIMENT 799	LANGUE D'ENSEIGNEMENT F	EFFECTIF 1: JEUNE 2: ADULTE 2	DATE DE FIN MELS	MOTIF DE FIN MELS	CONTRAT HRES/SEM. 30h00	ORGANISATION D'HORAIRE 200	CALENDRIER 200

**D****COURS OU ACTIVITÉ**

TITRE DU COURS OU PLAN DE FORMATION	No. de programme	SESSION	GRUPE	COÛT
Vente-conseil	5321			

**E****HORAIRE / DÉCLARATION**

<input type="checkbox"/> LUNDI	HEURES DE <input type="text"/> H <input type="text"/> À <input type="text"/> H <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MARDI	
<input type="checkbox"/> MERCREDI	DATE DE FIN DE FRÉQUENTATION (TOSCA) ANNÉE MOIS JOUR
<input type="checkbox"/> JEUDI	
<input type="checkbox"/> VENDREDI	
<input type="checkbox"/> SAMEDI	
<input type="checkbox"/> DIMANCHE	

**F****DÉCLARATION DE L'ÉLÈVE**

J'ATTESTE QUE TOUS CES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS, J'AUTORISE LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PRÉCÉDENTS CONFORMÉMENT À LA LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (L.R.Q. CHAPITRE A-2.1). J'AUTORISE LA COMMISSION SCOLAIRE À CONSULTER MON DOSSIER EN CONSIGNATION AU MELS ET À REMETTRE AUX AUTORITÉS GOUVERNEMENTALES COMPÉTENTES UN RAPPORT SUR MON DOSSIER SCOLAIRE. J'AUTORISE AUSSI LE MELS À VÉRIFIER MES DONNÉES D'IDENTIFICATION AUPRÈS DU DIRECTEUR DE L'ÉTAT CIVIL S'IL Y A LIEU.

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE

DATE

SIGNATURE DES PARENTS POUR LES MINEURS(ES)

DATE

**G**

ESPACE RÉSERVÉ

SIGNATURE DE LA PERSONNE RESPONSABLE

DATE