

**Veuillez cocher pour quelle formation vous faites la demande: Loi 90 ou AEP AP- RPA**

**A DOSSIER SOCIODÉMOGRAPHIQUE**

<b>NOM DE L'ÉLÈVE</b>		<b>PRÉNOM DE L'ÉLÈVE</b>	
AUTRES PRÉNOMS			SEXE F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>DATE DE NAISSANCE</b> ANNÉE - MOIS - JOUR	<b>CODE PERMANENT</b> (Ministère éducation)	CODE 016: QUÉBEC	<b>LIEU DE NAISSANCE</b> (Si hors Canada, voir <b>Section C</b> )
<b>NOM DE FAMILLE DU PÈRE</b>	<b>PRÉNOM DU PÈRE</b>	<b>LIEU DE NAISSANCE (PROVINCE CANADIENNE OU PAYS)</b>	
<b>NOM DE FAMILLE DE LA MÈRE</b>	<b>PRÉNOM DE LA MÈRE</b>	<b>LIEU DE NAISSANCE (PROVINCE CANADIENNE OU PAYS)</b>	
<b>ADRESSE PERMANENTE DE L'ÉLÈVE</b>			
<b>NO CIVIQUE</b>	<b>NOM DE LA RUE /CASIER POSTAL</b>	<b>N.S.E.O. APP.</b>	<b>MUNICIPALITÉ</b>
<b>PAYS</b>	<b>TÉLÉPHONE RÉSIDENCE</b>	<b>TÉLÉPHONE TRAVAIL</b>	<b>NO D'ASSURANCE SOCIALE</b> Obligatoire pour fins d'impôt
<b>LANGUE MATERNELLE</b> FRANÇAIS ANGLAIS AUTRE Précisez: _____	<b>ADRESSE ÉLECTRONIQUE DE L'ÉLÈVE</b>		

**B FORMATION PROFESSIONNELLE**

<b>PROGRAMME VISÉ :</b>	<b>RESPECT COND. D'ADMISSION</b>
-------------------------	----------------------------------

**C LIEU DE NAISSANCE, SI HORS CANADA**

**Vous êtes au Canada depuis combien d'années :** \_\_\_\_\_

Quelle est votre situation :

- Résidence permanente
- Certificat de sélection du Québec (CSQ) obtenu
- Permis de travail (indiquez la durée) : \_\_\_\_\_
- Permis d'étude
- Réfugié
- Demandeur d'asile

Détenez-vous une nationalité française ?

Oui  Non

**D**

J'ATTESTE QUE TOUS CES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS, J'AUTORISE LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PRÉCÉDENTS CONFORMÉMENT À LA LOI 65, 1982 ET J'AUTORISE LA COMMISSION SCOLAIRE À CONSULTER MON DOSSIER EN CONSIGNATION AU MEES.

Avertissement: Les données d'identification fournies peuvent être soumises à une vérification du Directeur de l'état civil.

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE DE L'ÉLÈVE**

\_\_\_\_\_  
 DATE

**E ESPACE RÉSERVÉ**

**Type de pièce d'identité**  
*J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux suivants, présentés pour confirmer la résidence de l'élève au Québec :*

Carte assurance maladie  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ No séquentiel \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_

Permis de conduire  
 Valide le: \_\_\_\_\_ Expire le: \_\_\_\_\_

Autre document 1 (précisez) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 SIGNATURE PERSONNE RESPONSABLE

DATE \_\_\_\_\_