



# ADMISSION / INSCRIPTION

## CENTRE DE FORMATION EN TRANSPORT DE CHARLESBOURG

700, rue de l'Argon, Charlesbourg  
(Québec) G2N 2G5 (Parc industriel de Charlesbourg)  
Tél. : (418) 634-5580

N° DE FICHE	DATE <b>20</b> _____
CODE PERMANENT	

### A PARTIE OBLIGATOIRE À COMPLÉTER PAR L'ÉLÈVE

NOM DE L'ÉLÈVE À LA NAISSANCE			PRÉNOM DE L'ÉLÈVE		
SEXE F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	LIEU DE NAISSANCE DE L'ÉLÈVE VILLE PAYS			
NOM DE FAMILLE DU PÈRE			PRÉNOM DU PÈRE		
NOM DE FAMILLE DE LA MÈRE			PRÉNOM DE LA MÈRE		
ADRESSE PERMANENTE DE L'ÉLÈVE					
NO CIVIQUE	NOM DE LA RUE / CASIER POSTAL	APP.	MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE		TÉLÉPHONE AUTRE		NUMÉRO DE PERMIS DE CONDUIRE	

FILIÈRE DE FORMATION C: C.E.P. J: AUTRE <input type="checkbox"/> D: D.E.P. E: A.S.P.		PLAN / PROGRAMME DE FORMATION	BÂTIMENT SECTEUR PUBLIC	RESPECT COND D'ADM.	PRÉSENCE AU 30 SEPT. 1: JEUNE-PRÉSENT 2: JEUNE-ABSENT 3: ADULTE	TYPE D'ENTENTE ORGANISME EN CAUSE X: AUCUNE
CLASSE SPÉCIALE	CODE DIFFICULTÉ	TYPE DE REGROUPEMENT	NOMBRE D'ANNÉES AU SECONDAIRE	NB. HEURES RÉALISÉES DANS LE PROGRAMME	INDICATEUR DE CONFORMITÉ A B C	SERVICES DE FORMATION AUTRES QUE COURS DISPENSÉS EXAMEN SEULEMENT RECONN ACQUIS EXTRA-SCOLAIRES AUTODIDACTE ASS. AUTRE
						OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON

TITRE DU COURS OU PLAN DE FORMATION	SIGLE/CODE DE MATIÈRE	SESSION	GRUPE	COÛT	HEURES		NOMBRE D'HEURES / SEMAINE
					DE: H		
					À: H		BLOC D'HEURES
					DATE DE DÉBUT DE FRÉQUENTATION		DATE DE FIN
					ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR	

<input type="checkbox"/> LUNDI	DATE DE DÉBUT DE FRÉQUENTATION ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR
<input type="checkbox"/> MARDI		
<input type="checkbox"/> MERCREDI		
<input type="checkbox"/> JEUDI		
<input type="checkbox"/> VENDREDI		
<input type="checkbox"/> SAMEDI		
<input type="checkbox"/> DIMANCHE		

### E PARTIE OBLIGATOIRE À COMPLÉTER PAR L'ÉLÈVE

J'ATTESTE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS. J'AUTORISE LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PRÉCÉDENTS CONFORMÉMENT À LA LOI 85, 1982 ET J'AUTORISE LA COMMISSION SCOLAIRE À CONSULTER MON DOSSIER EN CONSIGNATION AU M.E.Q.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'ÉLÈVE

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DES PARENTS POUR LES MINEUR(ES)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DES PARENTS POUR LES MINEUR(ES)

\_\_\_\_\_  
DATE