



**DEMANDE D'ADMISSION  
EN FORMATION PROFESSIONNELLE**

**CODE PRÉPAYÉ**

—

A - CHOIX DE PROGRAMME					
TITRE DE PROGRAMME	CODE DE PROGRAMME	DATE DE DÉBUT DU PROGRAMME	NOM DE GROUPE	CENTRE DE FORMATION	CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE
4208 - Faire les retouches de peinture 208082				Le_SAE Centre-du-Québec	Choisir la CSS
Langue d'enseignement désirée : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> L'une ou l'autre		Horaire : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		Où avez-vous entendu parler de nous? <input type="checkbox"/> Salon Éducation <input type="checkbox"/> Conseiller d'orientation	<input type="checkbox"/> Parent, ami <input type="checkbox"/> Autre

B - RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT					
NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE		AUTRE(S) NOM(S)		SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)
PRÉNOM USUEL		AUTRE(S) PRÉNOM(S) (inscrire Aucun, au besoin)		CODE PERMANENT (si vous avez déjà étudié au Québec)	
LANGUE MATERNELLE		LANGUE PARLÉE À LA MAISON		NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE (reçus impôts et stage)	
NOM DE FAMILLE DU PARENT A (même si décédé)		PRÉNOM DU PARENT A		DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	PÈRE MÈRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DE FAMILLE DU PARENT B (même si décédé)		PRÉNOM DU PARENT B		DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	PÈRE MÈRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
LIEU DE NAISSANCE	VILLE	AUTRE PROVINCE (PRÉCISER LAQUELLE)		AUTRE PAYS (PRÉCISER LEQUEL)	
ADRESSE COURRIEL DU CANDIDAT (si aucune adresse courriel, inscrire : Aucune)					
ADRESSE PERMANENTE	N° CIVIQUE	RUE, AVENUE, BOULEVARD... (PRÉCISER LEQUEL) Choisir le type		APPARTEMENT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (principal)
	MUNICIPALITÉ	PROVINCE		CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (autre)

C - DOCUMENTS À JOINDRE À LA PRÉSENTE DEMANDE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une copie conforme * du bulletin de la dernière année d'études secondaires complétée.</li> <li>• Une copie conforme * du bulletin ou du rapport à jour des notes de l'année scolaire en cours.</li> <li>• Une copie conforme * du dernier relevé de notes, des acquis ou des apprentissages délivré par le MEES.</li> <li>• Une copie conforme * du certificat de naissance grand format émis par le Bureau de l'État civil du Québec.</li> </ul> <p>* Copie conforme : Copie faite à partir de l'original et authentifiée de façon manuscrite ou estampillée par votre commission scolaire attestant qu'il s'agit bien d'une copie conforme à l'original.</p>

D - SIGNATURE OBLIGATOIRE	
Je consens à ce que les renseignements recueillis dans ce formulaire ainsi que les documents annexés soient transmis aux commissions scolaires choisies, à la commission scolaire d'origine, au SRAFP et au MEES pour fins de planification/gestion et ce, dans le respect de la Loi sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) et j'autorise la commission scolaire à consulter mon dossier en consignation au SRAFP et au MEES. Je consens à ce que mes données d'identification fassent l'objet d'une vérification par le MEES auprès du Directeur de l'état civil. Je comprends que sans la présente autorisation, le ou les organismes concernés ne peuvent donner suite à la présente demande ni au traitement de mon dossier. Le candidat ou, le cas échéant, le titulaire de l'autorité parentale a droit d'adresser au responsable de l'accès à l'information de l'organisme détenant des renseignements sur le candidat une demande d'accès ou de rectification concernant ces renseignements conformément à la Loi sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels.	
SIGNATURE DU CANDIDAT	DATE (AAAA-MM-JJ)
SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE (Parent ou tuteur, si le candidat est mineur - moins de 18 ans)	DATE (AAAA-MM-JJ)

E - RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION		
RÉSIDENT DU QUÉBEC 11 12 13 14 15 16 17 18 19 30 31 32 33 34 35 36 39 40 41 42 43 44 60 61 62 70 71		
<input type="checkbox"/> Jeune <input type="checkbox"/> Non admissible <b>03</b> <input type="checkbox"/> TDG et préalables non détectés <input type="checkbox"/> Adulte <b>04</b> <input type="checkbox"/> CFMS et unités requises	DEP - équivalent secondaire hors Québec <b>09</b> <input type="checkbox"/> 3e <b>10</b> <input type="checkbox"/> 4e <b>11</b> <input type="checkbox"/> 5e	<b>17</b> <input type="checkbox"/> Situation exceptionnelle <b>18</b> <input type="checkbox"/> Hors programme
<b>01</b> <input type="checkbox"/> DEP/ASP - Préalables détectés <b>05</b> <input type="checkbox"/> DEP avec études postsecondaires	<b>12</b> <input type="checkbox"/> Att. d'équivalence émise au Canada (Hors QC) <b>14</b> <input type="checkbox"/> ASP-DEP hors Québec	<b>19</b> <input type="checkbox"/> Lancement/Gestion d'entreprise <b>21</b> <input type="checkbox"/> Reconnaissance des acquis
Sous condition <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <b>22</b> <input type="checkbox"/> DEP - Unités requises en concom. <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A Nb. heures FG : _____ <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A Nb. heures FG : _____ Code org. : _____	DEP - Matières sec. requises non détect. <b>06</b> <input type="checkbox"/> 3e <b>07</b> <input type="checkbox"/> 4e <b>08</b> <input type="checkbox"/> 5e <b>22a</b> ou <b>23b</b>	<b>15</b> <input type="checkbox"/> ASP-DEP préalable non terminé <b>16</b> <input type="checkbox"/> ASP - Expérience/acquis équiv. <b>23</b> <input type="checkbox"/> DEP-TDG + Préal. en concomitance <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Nb. Heures FG : _____ <b>26</b> <input type="checkbox"/> Élève inscrit à une AEP <input type="checkbox"/> Autre : _____
Verdict : <input type="checkbox"/> Admis <input type="checkbox"/> Admis conditionnellement <input type="checkbox"/> Liste d'attente <input type="checkbox"/> Non admis	J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux, présentés pour confirmer la résidence de l'élève au Québec : <input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Signature du responsable des admissions	Date	Signature du responsable
		Date