



**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
				Le_SAE Centre-du-Québec	des Chênes
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)		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"> • Une copie conforme * du bulletin de la dernière année d'études secondaires complétée. • Une copie conforme * du bulletin ou du rapport à jour des notes de l'année scolaire en cours. • Une copie conforme * du dernier relevé de notes, des acquis ou des apprentissages délivré par le MEES. • Une copie conforme * du certificat de naissance grand format émis par le Bureau de l'État civil du Québec. <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, ni 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 03 <input type="checkbox"/> TDG et préalables non détectés <input type="checkbox"/> Adulte 04 <input type="checkbox"/> CFMS et unités requises	DEP - équivalent secondaire hors Québec 09 <input type="checkbox"/> 3e 10 <input type="checkbox"/> 4e 11 <input type="checkbox"/> 5e	17 <input type="checkbox"/> Situation exceptionnelle 18 <input type="checkbox"/> Hors programme
01 <input type="checkbox"/> DEP/ASP - Préalables détectés 05 <input type="checkbox"/> DEP avec études postsecondaires	12 <input type="checkbox"/> Att. d'équivalence émise au Canada (Hors QC) 14 <input type="checkbox"/> ASP-DEP hors Québec	19 <input type="checkbox"/> Lancement/Gestion d'entreprise 21 <input type="checkbox"/> Reconnaissance des acquis
Sous condition <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A 22 <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. 06 <input type="checkbox"/> 3e 07 <input type="checkbox"/> 4e 08 <input type="checkbox"/> 5e 23 <input type="checkbox"/> DEP-TDG + Préal. en concomittance <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Nb. Heures FG : _____ 26 <input type="checkbox"/> Élève inscrit à une AEP 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 : _____	23 <input type="checkbox"/> DEP-TDG + Préal. en concomittance <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Nb. Heures FG : _____ 26 <input type="checkbox"/> Élève inscrit à une AEP 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 : _____
Verdict : <input type="checkbox"/> Admis <input type="checkbox"/> Admis conditionnellement <input type="checkbox"/> Liste d'attente <input type="checkbox"/> Non admis	Signature du responsable des admissions _____ Date _____ Signature du responsable _____ Date _____	

Consentement à l'échange de renseignements

Note : La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Identification du participant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (année/mois/jour) _____

Code permanent : _____

Numéro de téléphone : _____

Consentement

J'autorise (professionnel demandant, représentant du Centre de services scolaire Des Chênes ou ses mandataires) : Le SAE Centre-du-Québec

À transmettre : les résultats de l'analyse de mon dossier scolaire (permettant d'obtenir la gratuité scolaire)

mes résultats scolaires

À mon employeur : _____

Signature :

Participant

Date