



IDENTIFICATION (BIEN NOIRCIR L'OPTION DE VOTRE CHOIX)

Prénom et Nom de famille à la naissance _____ Code permanent (tel qu'inscrit sur le relevé de notes du MEES) _____

(Année / Mois / Jour) _____
Date de naissance _____ Sexe F M _____
Ville de naissance _____

Prénom et Nom du père _____ Prénom et Nom de la mère _____

Adresse (numéro, rue) : _____ App. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : (____) - _____ Pays: _____

Autre téléphone : (____) - _____ Courriel : _____

TITRE DU PROGRAMME DÉSIRÉE (BIEN NOIRCIR L'OPTION DE VOTRE CHOIX)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abattage et façonnage des bois | <input type="checkbox"/> Classement des bois débités | <input type="checkbox"/> Protection et exploit. de terr. fauniques |
| <input type="checkbox"/> Abattage manuel et débardage forestier | <input type="checkbox"/> Coiffure | <input type="checkbox"/> Santé, assistance et soins infirmiers |
| <input type="checkbox"/> Affûtage | <input type="checkbox"/> Comptabilité | <input type="checkbox"/> Sciage |
| <input type="checkbox"/> Aménagement de la forêt | <input type="checkbox"/> Conduite mach. lourde en voirie forestière | <input type="checkbox"/> Secrétariat |
| <input type="checkbox"/> Assistance à la pers. en établissement de santé | <input type="checkbox"/> Lancement d'une entreprise | <input type="checkbox"/> Travail sylvicole |
| <input type="checkbox"/> Assistance à la personne à domicile | <input type="checkbox"/> Mécanique d'engins de chantier | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

DÉBUT DES COURS (BIEN NOIRCIR L'OPTION DE VOTRE CHOIX)

- Janvier Février Mars Avril Mai Juin Juillet Août Septembre Octobre Novembre Décembre

COMMENT AVEZ-VOUS APPRIS QUE CE PROGRAMME ÉTAIT OFFERT DANS NOTRE CENTRE? (BIEN NOIRCIR L'OPTION DE VOTRE CHOIX)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atelier offert dans mon école | <input type="checkbox"/> Journal | <input type="checkbox"/> RAC |
| <input type="checkbox"/> C.O., CISEP ou autre | <input type="checkbox"/> Journée Portes ouvertes | <input type="checkbox"/> SARCA |
| <input type="checkbox"/> Élève d'un jour | <input type="checkbox"/> Parent / Ami / Élève en FP | <input type="checkbox"/> Stage d'un jour en entreprise |
| <input type="checkbox"/> Emploi-Québec / CJE | <input type="checkbox"/> Publisac | <input type="checkbox"/> Stage international |
| <input type="checkbox"/> Site Internet de l'établissement | <input type="checkbox"/> Radio / Télévision | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Réseau social ou autre site Internet | <input type="checkbox"/> Salon Éducation | |

Avez-vous déjà fréquenté un centre de formation professionnelle ? OUI NON

DOCUMENTS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE

- 1- Dernier relevé de notes émis par le ministère de l'Éducation (MEES) ou votre dernier bulletin scolaire (copie assermentée ou copie conforme)
- 2- Certificat de naissance de l'État civil – **grand format obligatoire** (copie assermentée ou copie conforme)
- 3- Preuve de résidence au Québec (copie assermentée ou copie conforme qui ne sera pas conservée au dossier)
- Exemples : carte d'assurance maladie, permis de conduire, etc.

SIGNATURE ET RETOUR DU FORMULAIRE

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.

Retournez ce formulaire signé ainsi que les documents requis à l'adresse suivante :

Centre de formation professionnelle de Mont-Laurier
Service des admissions
850, rue Taché, Mont-Laurier (Québec) J9L 2K2
Téléphone sans frais : 1-866-314-4111 Télécopieur : 1-819-623-3049

Signature : _____ Date : _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Code d'admission : Ancien code DCFP : _____ Nouveau code : _____	Remarque :
Initiales du ou de la responsable des admissions : _____ Date : _____	

J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux (ou copies assermentées ou conformes), présentés pour confirmer la résidence au Québec :

de l'élève du parent, du répondant ou du conjoint de l'élève.

Carte ass. maladie date d'expiration : _____

Permis de conduire date d'expiration : _____

Autre (s) : _____

Signature : _____ Date : _____