

Centre de formation professionnelle Mont-Laurier

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX RÉSIDENCES

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Élève inscrit au DEP : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____

Adresse postale :

No : _____ Rue : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : (____) _____

Nom de la personne à appeler en cas d'urgence : _____

Téléphone en cas d'urgence : (____) _____

Nom du père : _____ Prénom : _____

Nom de la mère : _____ Prénom : _____

Références du véhicule de l'élève :

Marque : _____ Couleur : _____

Plaque : _____

État de santé :

J'éprouve un ou des problèmes de santé : Oui Non

No. d'assurance maladie : _____

Remarques : _____

Signature : _____ Date : _____