

<input type="text"/>
Titre de la formation : _____
Numéro de projet : _____
Nom de l'entreprise, s'il y a lieu : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

(Écrire en caractères d'imprimerie et en majuscules)

Renseignements obligatoires

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App. _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Masculin _____ Féminin _____
AAAA / MM / JJ

Numéro de permis de conduire : _____ *

* Obligatoire pour Taxi-PAL-Autobus-Berline-Train routier

Adresse courriel : _____

J'autorise le Centre de formation en transport de Charlesbourg à transmettre les résultats obtenus à l'entreprise précitée, s'il y a lieu. Oui Non

Signature du candidat

Date