

**S.V.P. Complétez les parties précédées d'un \* à la gauche du formulaire**

**A . DOSSIER SOCIOLOGIQUE (tel que mentionné à votre certificat de naissance)**

*	Nom de l'élève à la naissance :	Employeur :
*	Prénom :	Adresse :
*	Sexe : F ____ M ____	Date de naissance :
*		Code permanent :
*		Lieu de naissance :
*	Nom du père:	Prénom du père :
*	Nom de la mère :	Prénom de la mère :
*	Adresse permanente de l'élève :	
*	No civique	Nom de la rue/Casier postal
*	Municipalité :	Appartement
*		Code postal :
*	Téléphone :	No d'assurance sociale :
*	1)	2)
*	Adresse courriel :	

**B. FORMATION PROFESSIONNELLE**

Formation :	Loi 90 - Administration de médicaments et soins inv	Code de matière : AEP - 071	Coût : 25\$
Source financement :	Ministère enveloppe dédiée	Langue documents :	001
Nombre d'heures de fréquentation :	heures	Langue maternelle :	001
Type de parcours :	Traditionnel	Bâtisse :	079
Programme :		Contrat heures/semaine :	
Condition d'admission :	Temps partiel	Organisation d'horaire :	
Secteur d'enseignement (effectif) :	Adulte	Type de formation :	Temps partiel
Langue d'enseignement :	Français	Bloc d'heures :	

C. HORAIRE	De 8 h 30 à 17 h	Cochez le groupe désiré	D. ATTESTATION DE L'IDENTITÉ PAR L'ÉCOLE	
1- Date de début :	2022-09-13	Date de fin :	2022-09-20	J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux présentés pour confirmer la résidence de l'élève au Québec :  Carte ass. maladie : <input type="checkbox"/> Permis de conduire : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Signature et date :
2- Date de début :	2022-11-15	Date de fin :	2022-11-22	
3- Date de début :	2022-12-06	Date de fin :	2022-12-13	
4- Date de début :	2023-01-24	Date de fin :	2023-01-31	
5- Date de début :	2023-03-28	Date de fin :	2023-04-04	
6- Date de début :	2023-05-02	Date de fin :	2023-05-09	
7- Date de début :	2023-06-07	Date de fin :	2023-06-14	
8- Date de début :		Date de fin :		

**E. SIGNATURE DE L'ÉLÈVE**      **F. ESPACE RÉSERVÉ**

<p><b>J'atteste que tous ces renseignements sont exacts. J'autorise la divulgation des renseignements précédents conformément à la loi 65, et j'autorise la commission scolaire à consulter mon dossier au MELS.</b></p>	
<p>_____ Signature de l'élève au complet</p> <p>_____ Date</p>	<p>_____ Signature personne responsable</p> <p>_____ Date</p>