

No DE FICHE

ANNÉE SCOLAIRE

**2021-2022**

## ESPACE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

CN ou pièce off. CP: <input type="checkbox"/>	Hors Québec <input type="checkbox"/>	Pièces reçues : <input type="checkbox"/>	Preuve ass-maladie et hosp. (si pas RAMQ) (expiration) : <input type="checkbox"/>
J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux suivants présentés pour confirmer la résidence de l'élève au Québec :			
Carte d'ass.-mal. : <input type="checkbox"/>	Permis de conduire : <input type="checkbox"/>	Autres : <input type="checkbox"/>	
(expiration)		(expiration)	
SIGNATURE _____		DATE _____	

## ÉLÈVE : COMPLÉTER EN LETTRES MOULÉES LES CASES BLANCHES

A DOSSIER SOCIODÉMOGRAPHIQUE									
NOM DE L'ÉLÈVE			PRÉNOM DE L'ÉLÈVE			PRÉNOM DE L'ÉLÈVE (AU REGISTRE DE L'ÉTAT CIVIL)			
AUTRES PRÉNOMS			RAISON ABS. AUT. PRÉNOMS			SEXE(S)		SEXE	
DATE DE NAISSANCE		CODE PERMANENT		CODE		LIEU DE NAISSANCE (VILLE + PAYS)		NO D'ASSURANCE SOCIALE	
ANNÉE MOIS JOUR				016: QUÉBEC				L'Agence du revenu du Canada oblige les établissements d'enseignements scolaires, en vertu de la Loi sur l'impôt, à obtenir le NAS pour tous les élèves afin de produire leur relevé fiscal. J'ai pris connaissance de cet encadrement. Toutefois, je ne souhaite pas divulguer mon NAS.	
NOM DE FAMILLE DU PÈRE			PRÉNOM DU PÈRE			RAISON ABS. PÈRE			
NOM DE FAMILLE DE LA MÈRE			PRÉNOM DE LA MÈRE			RAISON ABS. MÈRE			
ADRESSE PERMANENTE DE L'ÉLÈVE									
NO CIVIQUE		NOM DE LA RUE / CASIER POSTAL			N.S.E.O. APP.		CODE		MUNICIPALITÉ
PAYS		TÉLÉPHONE RÉSIDENCE			TÉLÉPHONE CELLULAIRE		ADRESSE DE COURRIEL		
CANADA									
LANGUE(S)		CODE		DESCRIPTION		LANGUE DOCUMENTS			
FRANÇAIS: 001 ANGLAIS: 002 AUTRE		MATERNELLE PARLÉE À LA MAISON		001 Français		F: FRANÇAIS B: BILINGUE			
		001		Français		F			

B FORMATION PROFESSIONNELLE																	
DATE DE DÉBUT		PROGRAMME		SOURCE DE FINANCEMENT		TYPE DE PARCOURS		CONDITION D'ADMISSION		INDICATEUR DE GRATUITÉ SCOLAIRE		RAISON DE LA GRATUITÉ					
2021-01-26		4244		01		02 Traditionnel		26		Oui		11 Né ou adopté au Québec					
NOMBRE D'HEURES		NOMBRE DE COMPÉTENCES		BÂTIMENT		LANGUE D'ENSEIGNEMENT		EFFECTIF		TYPE DE FORMATION		CONTRAT HRES/SEM.		ORGANISATION D'HORAIRE		CALENDRIER	
180		7		823482		Français		1: JEUNE 2: ADULTE		C: TEMPS COMPLET P: TEMPS PARTIEL		N/A		N/A		N/A	

C COURS OU ACTIVITÉ					
TITRE DU COURS OU PLAN DE FORMATION	SIGLE / CODE DE MATIÈRE	SESSION	GRUPE	COÛT	
AEP Ass. personne résid. privée aînés	APRPA-2021				

D HORAIRE / DÉCLARATION					
<input type="checkbox"/>	LUNDI	HEURES		NB HEURES SEMAINE	
<input type="checkbox"/>	MARDI	DE	H	BLOC D'HEURES	
<input type="checkbox"/>	MERCREDI	À		ETP	
<input type="checkbox"/>	JEUDI	H			
<input type="checkbox"/>	VENDREDI	DATE DE DÉBUT DE FRÉQUENTATION		DATE DE FIN	
<input type="checkbox"/>	SAMEDI	2021-01-26		2021-05-18	
<input type="checkbox"/>	DIMANCHE	ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	

E J'ATTESTE QUE TOUS CES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS, J'AUTORISE LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PRÉCÉDENTS CONFORMÉMENT À LA LOI 65 (1982) ET J'AUTORISE LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE À CONSULTER MON DOSSIER EN CONSIGNATION AU MEQ.	
X	X
SIGNATURE DE L'ÉLÈVE _____	DATE _____

F ESPACE RÉSERVÉ	
SIGNATURE PERSONNE RESPONSABLE _____	DATE 2021-01-26