

REGISTRATION/ADMISSION

School Year/Année Scolaire

20____-20____

I.D. No./No. d'identité: _____

Emploi QC

AFE

Name of Program/ Accounting 5731 Assistance in Health Care Facilities 5816 Health, Assistance & Nursing Care 5825
 Nom du programme: Home Care Assistance 5817 Machining Technics 5723 Professional Sales 5821
 Sales Representation 5823 Secretarial Studies 5712 Welding & Fitting 5695
 Customer Service 00213 Agent de Bureau

TO BE COMPLETED BY APPLICANT/À ÊTRE REMPLI PAR L'APPLICANT

Family name at birth First Name
 Nom de famille à la naissance: _____ Prénom: _____

Address/Adresse: _____ Telephone/Téléphone: _____
 Street #/# de la rue Street/Rue Apt./App #
 _____ - _____
 City/Ville Province Postal Code/Code Postal Cell : _____ - _____ - _____
 E-mail/Courriel : _____

Sex/Sexe: F M Age: _____ Place of birth/Lieu de naissance: _____

S.I.N./N.A.S.: _____ - _____ - _____ Mother tongue/Langue maternelle: _____

Date of birth Permanent code
 Date de naissance: _____ year/année month/mois day/jour Code permanent: _____

Father's family name Father's first name Place of Birth
 Nom de famille du père: _____ Prénom du père: _____ Lieu de naissance _____

Mother's family name Mother's first name Place of Birth
 Nom de fille de la mère: _____ Prénom de la mère: _____ Lieu de naissance _____

I declare this information to be correct. I authorize the ETSB to verify all attached documents and to furnish any information requested to organizations that provide services and/or grants relating to the program of study.
 Je déclare que les renseignements ci-dessus son exacts. J'autorise la commission scolaire à vérifier les documents annexés à cette demande d'admission et à transmettre aux organismes concernés par mes études les renseignements requis.

Date _____ Signature _____ *If student is a minor – signature of parent/guardian
 Si l'étudiant(e) est mineur(e) – signature d'un parent/tuteur

FOR OFFICE USE ONLY/RÉSERVER À L'ADMINISTRATION

Start End Day Night
 year month day year month day

QC Resident Exempt Can. Cit. Perm Res. Non Exempt

Following documents are attached:
 Birth Certificate Charlemagne Statement of Marks

Pre-requisites DES Sec IV Sec III Equivalence Concomitance: Language of Instruction Level III
 GDT Other _____ Second Language Level IV
 Math Level V

Date: _____ Accepted: _____
 Student Service Fee (certified cheque, cash, money order) \$ _____ Receipt No _____ Date _____

**Student Service Fee/Frais de service (non -refundable) \$10/month of program