

Demande de continuité de formation 20__-20__

PROGRAMME :	DERNIÈRE JOURNÉE DE FORMATION :	VALIDE JUSQU'AU : <small>JOUR / MOIS / ANNÉE</small>
LIEU DE LA FORMATION ANTÉRIEURE: EPSH <input type="checkbox"/> AUTRE ÉTABLISSEMENT :		

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE		
NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE		PRÉNOM
CODE PERMANENT		NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
DATE DE NAISSANCE (jour/mois/année) ____/____/____	ÂGE ACTUEL	SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NOM, PRÉNOM DE VOTRE MÈRE :		NOM, PRÉNOM DE VOTRE PÈRE :

ADRESSE DE L'ÉLÈVE	
NUMÉRO, RUE, ORIENTATION ET # APPARTEMENT	
VILLE ET PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE () _____	AUTRE NUMÉRO () _____
RÉPONDANT OU RÉPONDANTE (élève mineur ou élève mineure)	

COMMENTAIRES

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise la divulgation des renseignements précédents conformément à la Loi 65 et j'autorise la Commission scolaire de St-Hyacinthe à consulter mon dossier en consignment au Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur.

Je comprends que ma demande est valide pour 2 ans et que je devrai en faire une nouvelle après cette date.

_____ Signature du candidat(e)	_____ Date
_____ Répondant ou répondante (si élève mineur(e))	_____ Date

Reçu le :	Par :
-----------	-------