

**DEMANDE DE CONTINUITÉ DE FORMATION 20\_\_ - 20\_\_**

<b>PROGRAMME D'ÉTUDES :</b> _____
<b>LIEU DE LA FORMATION ANTÉRIEURE :</b> <input type="checkbox"/> EPSH <input type="checkbox"/> AUTRE ÉTABLISSEMENT : _____ <small>Préciser</small>

**IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE**

<b>NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE :</b> _____	<b>PRÉNOM :</b> _____	
<b>CODE PERMANENT :</b> _____	<b>N° ASSURANCE SOCIALE :</b> _____	
<b>DATE DE NAISSANCE :</b> ____ / ____ / ____ <small>                  Jour           Mois           Année</small>	<b>ÂGE ACTUEL :</b> _____	<b>SEXE :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>NOM, PRÉNOM DE LA MÈRE :</b> _____	<b>NOM, PRÉNOM DU PÈRE :</b> _____	

**ADRESSE DE L'ÉLÈVE**

<b>NUMÉRO, RUE, ORIENTATION ET N° APPARTEMENT :</b> _____	
<b>VILLE ET PROVINCE :</b> _____	<b>CODE POSTAL :</b> _____
<b>TÉLÉPHONE :</b> ( ____ ) _____	<b>AUTRE NUMÉRO :</b> ( ____ ) _____
<b>COURRIEL :</b> _____	<b>RÉPONDANT(E) SI ÉLÈVE MINEUR(E) :</b> _____

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise la divulgation des renseignements précédents conformément à la Loi 65 et j'autorise le Centre de services scolaire de Saint-Hyacinthe à consulter mon dossier en consignation au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES).

Je comprends que :

- ma demande est valide pour 2 ans;
- si je refuse la date de retour proposée par l'École, je perds mon rang de priorité;
- si j'accepte la date proposée et que je ne me présente pas à la date convenue, ma demande est annulée;
- si le nombre d'heures restant excède le nombre d'heures financé par le MEES, des frais me seront facturés.

\_\_\_\_\_  
*Signature de l'élève*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Signature répondant(e) si élève mineur(e)*

\_\_\_\_\_  
*Date*

**Réservé à l'administration**

<b>DERNIÈRE JOURNÉE DE FORMATION :</b> ____ / ____ / ____ <small>  Jour           Mois           Année</small>	<b>GR. :</b> _____	<b>VALIDE JUSQU'AU :</b> ____ / ____ / ____ <small>  Jour           Mois           Année</small>
<b>REÇU LE :</b> _____	<b>PAR :</b> _____	
<b>CARTE D'ASSURANCE MALADIE</b> ▶	<b>DATE D'EXPIRATION :</b> _____	
<b>PERMIS DE CONDUIRE</b> ▶	<b>DATE D'EXPIRATION :</b> _____	
<b>VÉRIFIÉ LE :</b> _____	<b>PAR :</b> _____	