EPSH ÉCOLE PROFESSIONNELLE DE SAINT-HYACINTHE
COMMISSION SCOLAIRE DE SAINT-HYACINTHE

EPSH-62

DEMANDE DE CONTINUITÉ DE FORMATION 20___ - 20___

PROGRAMME D'ÉTUDES : _____

LIEU DE LA FORMATION ANTÉRIEURE : ☐ **EPSH** ☐ **AUTRE ÉTABLISSEMENT:** _____ *Préciser*

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE : _____ **PRÉNOM :** _____

CODE PERMANENT : _____ **N° ASSURANCE SOCIALE :** _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ (Jour / Mois / Année) **ÂGE ACTUEL :** _____ **SEXE :** ☐ **M** ☐ **F**

NOM, PRÉNOM DE LA MÈRE : _____ **NOM, PRÉNOM DU PÈRE :** _____

ADRESSE DE L'ÉLÈVE

NUMÉRO, RUE, ORIENTATION ET N° APPARTEMENT : _____

VILLE ET PROVINCE : _____ **CODE POSTAL :** _____

TÉLÉPHONE : (____) _____ **AUTRE NUMÉRO :** (____) _____

COURRIEL : _____ **RÉPONDANT(E) SI ÉLÈVE MINEUR(E) :** _____

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 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

DERNIÈRE JOURNÉE DE FORMATION : ____ / ____ / ____ (Jour / Mois / Année) **GR. :** _____ **VALIDE JUSQU'AU :** ____ / ____ / ____ (Jour / Mois / Année)

REÇU LE : _____ **PAR :** _____

Si fréquentation de plus de 3 ans ou si dossier externe :

PREUVE DE RÉSIDENCE DE LA CATÉGORIE 2 ► **DATE D'EXPIRATION :** _____ **INITIALES :** _____