



Commission scolaire de la Baie-James

INSCRIPTION

Centre de formation générale des adultes de la Baie James

A

DOSSIER SOCIODÉMOGRAPHIQUE

NOM DE L'ÉLÈVE		PRÉNOM DE L'ÉLÈVE	
AUTRES PRÉNOMS			SEXE F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	CODE PERMANENT	LIEU DE NAISSANCE	
NOM DE FAMILLE DU PÈRE		PRÉNOM DU PÈRE	LIEU DE NAISSANCE (FACULTATIF)
NOM DE FAMILLE DE LA MÈRE		PRÉNOM DE LA MÈRE	LIEU DE NAISSANCE (FACULTATIF)
ADRESSE PERMANENTE DE L'ÉLÈVE			
NO CIVIQUE	NOM DE LA RUE / CASIER POSTAL	N.S.E.O. APP.	MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	TÉLÉPHONE TRAVAIL	LANGUE(S) MATERNELLE <input type="text"/> PARLÉE À LA MAISON <input type="text"/>	
LANGUE DOCUMENTS F: FRANÇAIS <input type="checkbox"/> B: BILINGUE <input type="checkbox"/>	SCOLARITÉ SECONDAIRE COMPLÉTÉ <input type="checkbox"/>		
GENRE DE FORMATION G: GÉNÉRALE P: PROFESSIONNELLE	1. JEUNE 2. ADULTE	DIPLÔME 1: AUCUN 6: D.E.P. 3: D.E.C. 7: A.S.P. 4: D.E.S. 8: D.E.S. + (C.E.P. / D.E.P.) 5: C.E.P. 9: D.E.S. + A.S.P.	DATE D'OBTENTION ANNÉE MOIS JOUR <input type="text"/>
DEPUIS LE DÉBUT DE L'ANNÉE SCOLAIRE, J'AI SUIVI DES COURS. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		TYPE DE FORMATION C: TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> P: TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> SECTEUR DES JEUNES <input type="checkbox"/> SECTEUR DES ADULTES		COMMISSION SCOLAIRE <input type="text"/>	

AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

B

J'ATTESTE QUE TOUS CES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS, J'AUTORISE LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PRÉCÉDENTS CONFORMÉMENT À LA LOI 65, 1982 ET J'AUTORISE LA COMMISSION SCOLAIRE À CONSULTER MON DOSSIER EN CONSIGNATION AU M.E.Q.

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE

DATE

SIGNATURE DES PARENTS OU DU TUTEUR POUR LES MINEURS(ES)

C

ESPACE RÉSERVÉ

SIGNATURE PERSONNE RESPONSABLE

DATE