

Demande d'admission

Formation générale **2011-2012**

NOM : _____ PRÉNOM : _____ <small>(écrire en lettres moulées)</small> DATE DE NAISSANCE : ____ ____ ____ SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M LIEU NAISSANCE : _____ <small>(jour) (mois) (année) (ville)</small> PÈRE : _____ MÈRE : _____ <small>(nom) (prénom) (nom) (prénom)</small> ADRESSE : _____ <small>(# app.) (ville)</small> CODE POSTAL : _____ Adresse courriel : _____ TÉLÉPHONE : _____ AUTRE NUMÉRO : _____ <small>(cellulaire ou travail)</small> LANGUE MATERNELLE : _____ TÉLÉPHONE D'UN PARENT AU TRAVAIL : _____ <small>(Obligatoire pour les moins de 18 ans ou # en cas d'urgence)</small> Veuillez spécifier : PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">CLIENTÈLE</p> <p style="text-align: center;">Âge au 30 juin 2011</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <input type="checkbox"/> Temps plein JOUR <input type="checkbox"/> FAD JOUR <input type="checkbox"/> Temps partiel JOUR <input type="checkbox"/> FAD SOIR <input type="checkbox"/> Temps partiel SOIR <input type="checkbox"/> Emploi-Québec </div> <p># d'élève _____</p> <p>c.p. _____</p>
--	--

Informations relatives à la santé de l'élève

Asthmatique avec médicament (pompe) Cardiaque Diabétique Épileptique Hémophile Autre maladie : _____

Allergies ou handicap physique, spécifiez : _____ Appareil spécifique : _____

Besoin particulier : _____

ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES ET OBJECTIF POURSUIVI

DERNIÈRE ANNÉE D'ÉTUDES TERMINÉE (JEUNES)	SECTEUR DE FORMATION (JEUNES)	ÉTUDES ANTÉRIEURES AUX ADULTES
année _____ <input type="checkbox"/> 5 ^e secondaire _____ <input type="checkbox"/> 4 ^e secondaire _____ <input type="checkbox"/> 3 ^e secondaire _____ <input type="checkbox"/> 2 ^e secondaire _____ <input type="checkbox"/> 1 ^{re} secondaire _____	<input type="checkbox"/> RÉGULIER <input type="checkbox"/> RÉGULIER SEMESTRIEL <input type="checkbox"/> CHEMINEMENT PARTICULIER : _____ <input type="checkbox"/> D.E.P. _____ <input type="checkbox"/> C.S. DE LA RIVIÈRE-DU-NORD <input type="checkbox"/> AUTRE COMMISSION SCOLAIRE _____ Nom de l'école : _____	année _____ <input type="checkbox"/> TEMPS COMPLET _____ <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL _____ <input type="checkbox"/> C.S. DE LA RIVIÈRE-DU-NORD <input type="checkbox"/> AUTRE COMMISSION SCOLAIRE _____ Nom de l'école : _____

OBJECTIF A COURT TERME	BUT
JE DÉSIRE OBTENIR : <input type="checkbox"/> Préalables pour Cégep* <input type="checkbox"/> 5 ^e secondaire (D.E.S.) <input type="checkbox"/> 4 ^e secondaire <input type="checkbox"/> 3 ^e secondaire	AFIN D'ÊTRE ADMIS(E) : <input type="checkbox"/> AU CÉGEP : <input type="checkbox"/> AEC en _____ <input type="checkbox"/> DEC en _____ <input type="checkbox"/> À DÉTERMINER <input type="checkbox"/> AU DEP (PROFESSIONNEL) EN _____ <input type="checkbox"/> À DÉTERMINER <input type="checkbox"/> SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL

* Indiquer la mention PRÉALABLES lorsque la mention D.E.S. est inscrite au relevé de notes soumis à l'analyse. Toute matière faite après l'obtention du D.E.S. doit entrer sous la mention PRÉALABLES. Les préalables sont : chimie, physique, sciences physiques, mathématiques, histoire et anglais.

J' autorise la commission scolaire à consulter mon dossier.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

AUTRES MATIÈRES AU PROFIL	POUR LES ÉLÈVES DE 18 ANS ET PLUS
<input type="checkbox"/> SC. PHYS. <input type="checkbox"/> ARTS (REGjour) <input type="checkbox"/> VIE ÉCONOMIQUE <input type="checkbox"/> HISTOIRE <input type="checkbox"/> PLEIN AIR (REGjour) <input type="checkbox"/> MATHS 436 <input type="checkbox"/> CHIMIE <input type="checkbox"/> INFORMATIQUE <input type="checkbox"/> MATHS 536 <input type="checkbox"/> PHYSIQUE <input type="checkbox"/> GÉOGRAPHIE <input type="checkbox"/> BIOLOGIE <input type="checkbox"/> VIE POLITIQUE	J'autorise l'Édifice Marchand à communiquer les informations sur mon dossier scolaire et mes suivis à mes parents ou tuteurs légaux. Signature : _____ Date : _____ <input type="checkbox"/> Père, mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal _____ <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas <input type="checkbox"/> Autre _____
TEST DE CLASSEMENT FRANÇAIS <input type="checkbox"/> MATHÉMATIQUE <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/>	

FAD - Matières désirées : 1^{er} choix _____ 2^e choix _____ 3^e choix _____

SIGNATURE DU RESPONSABLE : _____ DATE : _____