



# Cégep de Sept-Îles

DIRECTION DE LA FORMATION CONTINUE,  
DES SERVICES AUX ENTREPRISES ET DES PARTENARIATS D'AFFAIRES  
175, rue De La Vérendrye, Sept-Îles (Québec) G4R 5B7  
Téléphone : 418 962-9848 Télécopieur : 418 968-8205  
Courriel : [formation.continue@cegepsi.ca](mailto:formation.continue@cegepsi.ca)

NUMÉRO DE DEMANDE D'ADMISSION

IDENTIFICATION			
NOM À LA NAISSANCE (EN LETTRES MOULÉES)		CODE PERMANENT	
PRÉNOM		NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE - -	
SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE _____ AAAA MM JJ	Langue maternelle <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
ADRESSE COURRIER ÉLECTRONIQUE		Langue d'usage <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
RÉSIDENCE PERMANENTE			
NUMÉRO RUE/ROUTE	APPARTEMENT	CASIER POSTAL	TÉLÉPHONE AU DOMICILE ( ) -
VILLE/VILLAGE	PROVINCE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE (AUTRE) ( ) - POSTE :
AUTRES RENSEIGNEMENTS			
LIEU DE RÉSIDENCE PERMANENTE : PROVINCE DE QUÉBEC <input type="checkbox"/> AILLEURS AU CANADA <input type="checkbox"/> HORS CANADA <input type="checkbox"/>			
STATUT LÉGAL DE RÉSIDENCE AU CANADA : CITOYEN CANADIEN <input type="checkbox"/>			
LIEU DE NAISSANCE : CITOYENNETÉ « SI NON CANADIEN » :			
DERNIÈRE ANNÉE DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE _____ DERNIÈRE ANNÉE À TEMPS PLEIN AUTRE QU'À L'ÉDUCATION DES ADULTES _____		NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE À LA NAISSANCE (MÊME SI DÉCÉDÉE)	
NIVEAU : _____ PRIMAIRE _____ COLLÉGIAL ____ Sec I ____ Sec II ____ Sec III ____ Sec IV (11 <sup>e</sup> année) ____ Sec V (12 <sup>e</sup> année) ____ Sec V (général) ____ Sec V (professionnel)		NOM ET PRÉNOM DU PÈRE (MÊME SI DÉCÉDÉ)	
SPÉCIALISATION : _____		OCCUPATION PRINCIPALE DEPUIS 1 AN (COCHER UNE SEULE CASE) ÉTUDES <input type="checkbox"/> TRAVAIL <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>	
		NOM DE L'EMPLOYEUR ACTUEL	
		VOTRE OCCUPATION	
PROGRAMME D'ÉTUDES			
TITRE ET NUMÉRO DU PROGRAMME :			
TITRE ET NUMÉRO DU COURS :			
Les droits de scolarité sont remboursables à 100% : a) si le cours est annulé par le Collège ; b) si l'horaire prévu du cours est modifié par le Collège; c) si l'étudiant annule son cours pendant le premier 20% de la durée totale du cours et en avise PAR ÉCRIT le Collège.			

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise le Collège et ses mandataires à vérifier les documents annexés à cette demande d'admission et j'autorise également le ministère de l'Éducation à transmettre au Collège une copie de mes résultats scolaires. Je consens à ce que le Collège transmette copie de cette demande d'admission à l'organisme qui défraie en totalité ou en partie des coûts reliés à cette formation.

Date

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
AAAA MM JJ

X \_\_\_\_\_  
Signature