CENTRE DE FORMATION DU TRANSPORT ROUTIER DE SAINT-JÉRÔME

DEMANDE D'ADMISSION

AEP Conduite d'autobus

Lieu de formation désiré :

Montréal ☐ Laval ☐ Saint-Jérôme/Basses Laurentides ☐ Repentigny ☐ Joliette ☐

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE

PRÉNOM USUEL

NO DE PERMIS DE CONDUIRE :

\- \-

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE 19 | MOIS | JOUR

Sexe M ☐ F ☐

LIEU DE NAISSANCE

(001) QUÉBEC _____(VILLE)

AUTRE PROVINCE _____

AUTRE PAYS _____VILLE_____

CODE PERMANENT DU MELS

 # ASSURANCE SOCIALE

NOM DE FAMILLE DE VOTRE PÈRE

PRÉNOM USUEL DE VOTRE PÈRE

NOM DE FAMILLE DE VOTRE MÈRE À LA NAISSANCE

PRÉNOM USUEL DE VOTRE MÈRE

VOTRE ADRESSE PERMANENTE

NUMÉRO | RUE | APP. | CASIER POSTAL

VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OÙ VOUS JOINDRE

\- \-

NUMÉRO DE CELLULAIRE/TÉLÉAVERTISSEUR

\- \-

AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OÙ VOUS JOINDRE

\- \-

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

LANGUE MATERNELLE :

LANGUE PARLÉE À LA MAISON :

SIGNATURE : *X*

DATE :