

## Formation générale des adultes

Fiche :

### PARTIE A - RÉSERVÉ À L'ORGANISME

Code permanent : \_\_\_\_\_

Dernière fréquentation : \_\_\_\_\_  
Année

Demande aux archives : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour

**J'atteste avoir pris connaissance des documents originaux suivants pour confirmer le lieu de résidence au Québec :**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Continuité de formation FGA (dans la même année scolaire) | Preuve d'assurances      |
| <input type="checkbox"/> Permis de conduire EXP : _____                            | Autre : _____            |
| <input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie EXP : _____                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Relevé du Ministère _____                                 | <b>Signature :</b> _____ |

**IS-ISP** Organisation (nom ou #) \_\_\_\_\_ Date d'entrée de l'élève : \_\_\_\_\_ Sigle de départ : \_\_\_\_\_

### PARTIE B - RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE (en lettres moulées)

|  |  |                      |                   |                 |               |
|--|--|----------------------|-------------------|-----------------|---------------|
| Nom de famille   |  | Prénom               |                   | Autres prénoms  |               |
| Ville de naissance   |  | Province             |                   | Pays            |               |
|  |  |                      |                   | SEXE<br>F M     |               |
| Date de naissance (année, mois, jour) (AAAA,MM,JJ)   |  | Âge*                 | Langue maternelle |                 |               |
|  |  |                      | Français          | Anglais         | Autre : _____ |
| Adresse actuelle (no civique, rue)   |  | App #                | Ville             | Province        | Code Postal   |
| Téléphone résidence  |  | Téléphone cellulaire | Téléphone travail | Courriel        |               |
| Personne à contacter en cas d'urgence  |  |                      | Téléphone         | Lien de parenté |               |
| *Si vous avez <b>16 ou 17 ans</b> , indiquez le <b>nom du parent répondant ou tuteur</b> et son adresse <i>si différente seulement</i> |  |                      |                   |                 |               |

### PARTIE C - IDENTIFICATION DES PARENTS (même si décédés)

|                           |  |                   |  |                                      |  |
|---------------------------|--|-------------------|--|--------------------------------------|--|
| Nom de famille du PÈRE    |  | Prénom du PÈRE    |  | Lieu de naissance (province et pays) |  |
| Nom de famille de la MÈRE |  | Prénom de la MÈRE |  | Lieu de naissance (province et pays) |  |

### PARTIE D - ENGAGEMENT DU PERSONNEL ET DES ÉLÈVES

Pour faire du Centre Saint-Michel un milieu de vie sain et sécuritaire, je m'engage à agir avec ouverture, respect et tolérance à l'égard de tous, quelles que soient leurs différences ou leurs opinions. **Tolérance zéro face à l'intimidation et à la violence !**

### PARTIE E - ATTESTATION DE L'ÉLÈVE

J'affirme que les renseignements fournis sont exacts et j'autorise le CSSRS à recevoir les renseignements requis et à les transmettre aux organismes concernés par mes études.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'élève

\_\_\_\_\_  
Date du jour (AAAA-MM-JJ)

### PARTIE F - AUTORISATION PHOTOGRAPHIES

J'autorise le CSSRS à prendre des photographies et des vidéos de ma personne dans différents contextes (classes, activités spéciales, etc.) afin de les publier selon ses divers besoins promotionnels tels que rapports annuels, kiosques d'exposition, sites internet, etc.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'élève

\_\_\_\_\_  
Date du jour (AAAA-MM-JJ)

**Problèmes majeurs de santé ou d'allergies? S.V.P., complétez le formulaire MEDIC disponible au secrétariat.**

