

CÉGEP **902000** No. DA  PROGRAMME   
 CODE PERMANENT  SESSION A-20  H-20  E-20

USAGE INTERNE SEULEMENT

**A. IDENTIFICATION DU CANDIDAT**

NOM À LA NAISSANCE \_\_\_\_\_ PRÉNOM USUEL \_\_\_\_\_

N.A.S. \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ Année Mois Jour AUTRES PRÉNOMS \_\_\_\_\_

SEXE  F  M LANGUE MATERNELLE Français Anglais Autres   \_\_\_\_\_ LANGUE D'USAGE Français Anglais Autres   \_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

**B. ADRESSE DE LA RÉSIDENCE PERMANENTE**

NUMÉRO \_\_\_\_\_ RUE, ROUTE, C.P. \_\_\_\_\_ APPARTEMENT \_\_\_\_\_

VILLE/VILLAGE \_\_\_\_\_ PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

COURRIEL \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE   TÉLÉPHONE TRAVAIL   CELLULAIRE OU AUTRE

**C. SITUATION SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL**

<p><b>VOUS TRAVAILLEZ</b></p> <p>POUR UNE ENTREPRISE PRIVÉE <input type="checkbox"/></p> <p>POUR UN ORGANISME À BUT NON LUCRATIF <input type="checkbox"/></p> <p>TRAVAILLEUR AUTONOME <input type="checkbox"/></p> <p>PROPRIÉTAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRES <input type="checkbox"/></p>	<p>NOM DE VOTRE EMPLOYEUR OU DE VOTRE ENTREPRISE _____</p> <p>ADRESSE _____</p> <p>VILLE _____</p> <p>PROV. _____ CODE POSTAL _____</p>
--	---

**D. CHOIX DE COURS**

Titre du cours	Date	Coût
<b>Total</b>		

Vous pouvez annuler votre inscription, par écrit, dans un délai minimum de sept jours ouvrables avant le début de la formation (aucun remboursement après cette période). Le Cégep Limoilou se réserve le droit d'annuler un cours 24 heures avant le début..

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**CÉGEP LIMOILOU**  
**DIRECTION DU SERVICE AUX ENTREPRISES ET DE LA FORMATION CONTINUE**  
 1300, 8<sup>e</sup> Avenue, Québec G1J 5L5  
 Site internet : [www.climoilou.qc.ca](http://www.climoilou.qc.ca) - Courriel : [dsefc@climoilou.qc.ca](mailto:dsefc@climoilou.qc.ca)  
**Téléphone : 418 647-6607 – 418 647-6613 - Télécopieur 418 647-6797**

**Mode de paiement - Votre place sera confirmée sur réception du paiement.**

Argent comptant      