

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

SECTION 1 – INFORMATION PERSONNELLE			
PRÉNOM(S) :		NOM(S) :	
HOMME <input type="checkbox"/>	FEMME <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE :	LIEU DE NAISSANCE :
ADRESSE :		VILLE :	
PROVINCE / ÉTAT :	PAYS :	CODE POSTAL / ZIP :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL :		COURRIEL :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE SECONDAIRE :		LANGUE(S) PARLÉE(S) :	
CONTACT EN CAS D'URGENCE :	LIEN :	TÉL. :	COURRIEL :
COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER D'ÉQM : INTERNET <input type="checkbox"/> RECOMMANDATION <input type="checkbox"/> AGENCE <input type="checkbox"/> LANGUES CANADA <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>			

SECTION 2 – PROGRAMME D'ÉTUDE			
NIVEAU DE FRANÇAIS ACTUEL : JAMAIS ÉTUDIÉ LE FRANÇAIS <input type="checkbox"/> DÉBUTANT <input type="checkbox"/> INTERMÉDIAIRE <input type="checkbox"/> AVANCÉ <input type="checkbox"/> TRÈS AVANCÉ <input type="checkbox"/>			
DATE DE DÉBUT : JOUR ____ / MOIS ____ / 20__	DATE DE FIN : JOUR ____ / MOIS ____ / 20__	N ^{BRE} DE SEMAINES : ____	
FRANÇAIS INTENSIF <input type="checkbox"/>	(20 HEURES PAR SEMAINE EN COURS DE GROUPE)		
FRANÇAIS INDIVIDUEL <input type="checkbox"/>	NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE : ____		
FRANÇAIS SUR MESURE <input type="checkbox"/>	(FRANÇAIS INTENSIF + FRANÇAIS INDIVIDUEL) NOMBRE D'HEURES EN COURS INDIVIDUEL PAR SEMAINE : ____		

SECTION 3 – PROGRAMME D'HÉBERGEMENT			
DATE DE DÉBUT : JOUR ____ / MOIS ____ / 20__	DATE DE FIN : JOUR ____ / MOIS ____ / 20__	N ^{BRE} DE SEMAINES : ____	
RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIAL : AUCUN <input type="checkbox"/> VÉGÉTALIEN <input type="checkbox"/> SANS GLUTEN <input type="checkbox"/> SANS LACTOSE <input type="checkbox"/> AUTRE, SPÉCIFIEZ : _____			
STATIONNEMENT : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	FUMEUR : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ALLERGIES : NON <input type="checkbox"/> OUI, SPÉCIFIEZ : _____	
INFORMATION ADDITIONNELLE IMPORTANTE : _____			

SECTION 4 – SERVICES ADDITIONNELS	
L'ASSURANCE MÉDICALE EST OBLIGATOIRE POUR TOUS LES ÉTUDIANTS D'ÉQM	JE SOUSCRIS AU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE OFFERT PAR ÉQM <input type="checkbox"/> JE FOURNIRAI UNE PREUVE D'ASSURANCE MÉDICALE AVANT LE DÉBUT DE MES COURS À ÉQM <input type="checkbox"/>
TRANSFÈRE VERS L'AÉROPORT, LA GARE OU LE TERMINUS – AU DÉPART SEULEMENT : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (VOIR UN MEMBRE DE L'ADMINISTRATION)	

SECTION 5 – VALIDATION	
J'AI LU LE FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES TÉMOIGNAGES D'APPRÉCIATION ET JE CONSENS LA PERMISSION À ÉCOLE QUÉBEC MONDE.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
J'AI LU LE FORMULAIRE D'AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE ET JE CONSENS LA PERMISSION À ÉCOLE QUÉBEC MONDE.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
JE CONSENS LA PERMISSION À ÉCOLE QUÉBEC MONDE D'UTILISER MON NOM AVEC CES IMAGES.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
J'AI LU ET J'ACCEPTÉ LES POLITIQUES D'ÉCOLE QUÉBEC MONDE.	OUI <input type="checkbox"/>
SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT :	DATE : JOUR ____ / MOIS ____ / 20__

Toutes les inscriptions de plus de 26 semaines requièrent un permis d'études au Canada et un certificat d'acceptation du Québec (CAQ).