

# 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 <sup>BRE</sup> DE SEMAINES : ____	
FRANÇAIS INTENSIF <input type="checkbox"/> (20 LEÇONS PAR SEMAINE EN COURS DE GROUPE)	FRANÇAIS INDIVIDUEL <input type="checkbox"/>	# DE LEÇONS PAR SEMAINE : ____	
FRANÇAIS SUR MESURE 5 <input type="checkbox"/> (INTENSIF + 5 LEÇONS INDIVIDUELLES PAR SEMAINE)	FRANÇAIS SUR MESURE 10 <input type="checkbox"/> (INTENSIF + 5 LEÇONS INDIVIDUELLES PAR SEMAINE)		
FRANÇAIS SUR MESURE <input type="checkbox"/> (FRANÇAIS INTENSIF + FRANÇAIS INDIVIDUEL)	# DE LEÇONS EN COURS INDIVIDUEL PAR SEMAINE : ____		

## SECTION 3 – PROGRAMME D'HÉBERGEMENT

DATE DE DÉBUT : JOUR ____ / MOIS ____ / 20__	DATE DE FIN : JOUR ____ / MOIS ____ / 20__	N <sup>BRE</sup> DE SEMAINES : ____
RESTRICTIONS ALIMENTAIRES : AUCUN <input type="checkbox"/> VÉGÉTALIEN <input type="checkbox"/> SANS GLUTEN <input type="checkbox"/> SANS LACTOSE <input type="checkbox"/> BIO <input type="checkbox"/> VÉGÉTARIEN <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		
SI AUTRE, DÉTAILLEZ LE MIEUX POSSIBLE : _____		
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 : _____
IMPORTANT INFORMATION: _____		
_____		

## SECTION 4 – SERVICES ADDITIONNELS

<b>L'ASSURANCE MÉDICALE EST OBLIGATOIRE POUR TOUS LES ÉTUDIANTS D'ÉQM</b>	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"/>

## SECTION 5 – VALIDATION

J'AI LU LE <b>FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES TÉMOIGNAGES D'APPRÉCIATION</b> ET JE CONSENS LA PERMISSION À ÉCOLE QUÉBEC MONDE.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
J'AI LU LE <b>FORMULAIRE D'AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE</b> 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 <b>POLITIQUES</b> D'ÉCOLE QUÉBEC MONDE.	OUI <input type="checkbox"/>

SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT : \_\_\_\_\_ DATE : JOUR \_\_\_\_ / MOIS \_\_\_\_ / 20\_\_