Université de Montréal

DEMANDE D'INSCRIPTION
COURS INTENSIFS SEULEMENT

Avez-vous déjà suivi des cours à la Faculté de l'éducation permanente ? oui ☐ non ☐

RETOURNER À :
École de français - FEP
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

OBLIGATOIRE

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE

PRÉNOM USUEL

NOM DE FAMILLE LÉGAL (SI DIFFÉRENT DU NOM À LA NAISSANCE)

SEXE
☐ 1 MASCULIN
☐ 2 FÉMININ

DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE

PREMIÈRE LANGUE APPRISE ET ENCORE COMPRISE
☐ 1 FRANÇAIS
☐ 2 ANGLAIS
☐ 3 AUTRE _____

LANGUE PARLÉE LE PLUS SOUVENT À LA MAISON
☐ 1 FRANÇAIS
☐ 2 ANGLAIS
☐ 3 AUTRE _____

N° D'ASSURANCE SOCIALE
(RENSEIGNEMENT FACULTATIF)

LIEU DE NAISSANCE
VILLE PROVINCE OU ÉTAT PAYS

NOM (À LA NAISSANCE) DU PÈRE

PRÉNOM DU PÈRE

NOM (À LA NAISSANCE) DE LA MÈRE

PRÉNOM DE LA MÈRE

ADRESSE

N° CIVIQUE RUE APPARTEMENT

TÉLÉPHONE (DOMICILE) ind. régional numéro

ROUTE RURALE, C.P. ET SUCCURSALE OU POSTE RESTANTE

TÉLÉPHONE (TRAVAIL) ind. régional numéro

MUNICIPALITÉ OU VILLE

PROVINCE OU ÉTAT PAYS

poste téléphonique

CODE POSTAL ADRESSE ÉLECTRONIQUE (**EN MAJUSCULES**)

STATUT AU CANADA

CITOYEN CANADIEN ☐ 1

RÉSIDENT PERMANENT (IMMIGRANT REÇU) ☐ 2

VISA D'ÉTUDIANT (PERMIS DE SÉJOUR) ☐ 3

RÉFUGIÉ ☐ 4

DE QUEL PAYS ÊTES-VOUS CITOYEN ? _____

SI VOUS AVEZ IMMIGRÉ AU CANADA, VEUILLEZ INDIQUER LA PROVINCE CANADIENNE OÙ VOUS VOUS ÊTES ÉTABLI EN ARRIVANT AU CANADA

NIVEAU D'ÉTUDES COMPLÉTÉ (veuillez cocher une seule case)

PRIMAIRE ☐ 6 SECONDAIRE ☐ 7 COLLÉGIAL ☐ 0 UNIVERSITAIRE ☐ 4

CODE PERMANENT DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC

NUMÉRO D'INSCRIPTION AU REGISTRE DE L'ÉTAT CIVIL

EMPLOI (candidat venant du marché du travail)

NOM DE L'EMPLOYEUR N° DE TÉLÉPHONE FONCTION DATE DE DÉBUT / DATE DE FIN

TRIMESTRE DE DÉBUT DU ou DES COURS

TRIMESTRE : AUTOMNE ☐ HIVER ☐ ÉTÉ ☐ ANNÉE

CHOIX DE COURS

NUMÉRO DE COURS	SECTION	TITRE DU COURS

MODALITÉS DE PAIEMENT

TYPE DE PAIEMENT
☐ 1 CHÈQUE
☐ 2 MANDAT
☐ 3 ARGENT
☐ 4 VISA
☐ 5 MASTERCARD
☐ A PAIEMENT DIRECT

N° CARTE : _____

N° D'IDENTIFICATION : _____

DATE D'EXPIRATION : _____ / _____ (MOIS / ANNÉE)

MONTANT $ _____ . _____

SIGNATURE : _____

AUTORISATION ET DÉCLARATION

J'autorise les établissements d'enseignement que j'ai fréquentés ainsi que le ministère de l'Éducation à transmettre mes résultats scolaires à l'Université de Montréal. L'Université de Montréal vous avise que les renseignements nécessaires à la création et à la validation du code permanent seront transmis au ministère de l'Éducation en vertu d'une entente qui a été autorisée par la Commission d'accès à l'information. J'autorise l'Université de Montréal à transmettre à la CREPUQ les renseignements nécessaires à la gestion des admissions et à la production de statistiques qui pourraient requérir le couplage des fichiers d'établissements. J'ai pris connaissance des instructions qui accompagnent le présent formulaire de demande d'inscription. Je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements donnés ci-dessus sont exacts et complets. Je reconnais que toute déclaration mensongère ou que toute omission de donner un renseignement exigible dans un document relatif à mon admission ou à mon inscription me rendent passible d'expulsion.

SIGNATURE DU CANDIDAT _____ DATE _____

Je refuse ☐ **1** en conformité de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels,* que des renseignements me concernant soient transférés aux personnes ou organismes énumérés dans ce document, sous le titre *Renseignements nominatifs.*

SIGNATURE DU CANDIDAT _____ DATE _____

Université de Montréal

REGISTRATION FORM
INTENSIVE COURSES ONLY

Have you already taken courses at the Faculty of Continuing Education? Yes ☐ No ☐

MAIL TO:
École de français - FEP
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

MANDATORY

FAMILY NAME AT BIRTH

USUAL NAME

LEGAL FAMILY NAME (IF DIFFERENT FROM NAME AT BIRTH)

SEX
☐ 1 MALE
☐ 2 FEMALE

DATE OF BIRTH
DAY MONTH YEAR

FIRST LANGUAGE LEARNED AND STILL UNDERSTOOD
☐ 1 FRENCH
☐ 2 ENGLISH
☐ 3 OTHER_____

LANGUAGE SPOKEN AT PERMANENT RESIDENCE
☐ 1 FRENCH
☐ 2 ENGLISH
☐ 3 OTHER_____

SOCIAL INSURANCE NO.
(OPTIONAL INFORMATION)

PLACE OF BIRTH
CITY PROVINCE OR STATE COUNTRY

FATHER'S FAMILY NAME (AT BIRTH)

FATHER'S FIRST NAME

MOTHER'S FAMILY NAME (AT BIRTH)

MOTHER'S FIRST NAME

ADDRESS

CIVIC NO. STREET APPARTMENT

TELEPHONE (HOME)
code number

RURAL ROUTE, P.O. BOX AND STATION OR GENERAL DELIVERY

TELEPHONE (WORK)
code number

MUNICIPALITY OR CITY

PROVINCE OR STATE COUNTRY

extension

POSTAL CODE E-MAIL (**IN UPPER CASE**)

STATUS IN CANADA

CANADIAN CITIZEN ☐ 1

PERMANENT RESIDENT (LANDED IMMIGRANT) ☐ 2

STUDENT VISA (RESIDENCE PERMIT) ☐ 3

REFUGEE ☐ 4

OF WHAT COUNTRY ARE YOU A CITIZEN?_____

IF YOU HAVE IMMIGRATED TO CANADA, CANADIAN PROVINCE WHERE YOU SETTLED ON ARRIVAL IN CANADA

COMPLETED LEVEL OF EDUCATION (check one box only)

ELEMENTARY ☐ 6 SECONDARY ☐ 7 CEGEP ☐ 0 UNIVERSITY ☐ 4

PERMANENT CODE OF MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC

CIVIL STATUS REGISTRATION NUMBER

EMPLOYMENT (applicant from labor market)

NAME OF EMPLOYER TELEPHONE NO. FUNCTION START DATE / END DATE

SESSION IN WHICH COURSE(S) BEGIN(S)

SESSION: FALL ☐ WINTER ☐ SPRING ☐ SUMMER ☐ YEAR

CHOICE OF COURSE(S)

COURSES NUMBER	SECTION	COURSES TITLE

METHODS OF PAYMENT

TYPE DE PAIEMENT
☐ 1 CHEQUE
☐ 2 MONEY ORDER
☐ 3 CASH
☐ 4 VISA
☐ 5 MASTERCARD
☐ A A DIRECT PAYMENT

CARD NO.:_____

IDENTIFICATION NO.: _____

SIGNATURE:_____

EXPIRY DATE: _____ / _____
MONTH YEAR

AMOUNT: $ _____ . _____

AUTHORIZATION AND DECLARATION

I authorize the educational institutions that I have attended as well as the Ministère de l'Éducation to send my educational records to the Université de Montréal. The Université de Montréal informs you that the information required for the creation and validation of the permanent code will be sent to the Ministère de l'Éducation under an agreement which has been authorized by the Commission d'Accès à l'Information. I authorize the Université de Montréal to send to the CREPUQ the information required for the management of admissions and the production of statistics which may require the coupling of educational institution files. I have read the instructions accompanying this registration form. I declare that, to the best of my knowledge, the information provided above is both accurate and complete. I am aware that any false declaration or failure to provide a requisite piece of information relating to my admission or registration shall make me liable to expulsion.

APPLICANT'S SIGNATURE _____ DATE _____

In accordance with the Act respecting access to documents held by public bodies and the protection of personal information, **I refuse** ☐ 1 that information concerning me be transferred to persons or organizations listed in the document under *Personal Information*.

APPLICANT'S SIGNATURE _____ DATE _____