

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

O B L I G A T O I R E	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE			
	PRÉNOM USUEL			
	NOM DE FAMILLE LÉGAL (SI DIFFÉRENT DU NOM À LA NAISSANCE)			
	SEXE	DATE DE NAISSANCE	PREMIÈRE LANGUE APPRISE ET ENCORE COMPRISE	LANGUE PARLÉE LE PLUS SOUVENT À LA MAISON
	<input type="checkbox"/> 1 MASCULIN	JOUR MOIS ANNÉE	<input type="checkbox"/> 1 FRANÇAIS	<input type="checkbox"/> 1 FRANÇAIS
	<input type="checkbox"/> 2 FÉMININ		<input type="checkbox"/> 2 ANGLAIS	<input type="checkbox"/> 2 ANGLAIS
			<input type="checkbox"/> 3 AUTRE	<input type="checkbox"/> 3 AUTRE
	LIEU DE NAISSANCE		N° D'ASSURANCE SOCIALE	
	VILLE	PROVINCE OU ÉTAT	PAYS	(RENSEIGNEMENT FACULTATIF)
	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			
MUNICIPALITÉ OU VILLE			TÉLÉPHONE (TRAVAIL)
			ind. régional numéro
PROVINCE OU ÉTAT	PAYS		poste téléphonique
CODE POSTAL	ADRESSE ÉLECTRONIQUE (EN MAJUSCULES)		

STATUT AU CANADA			
CITOYEN CANADIEN <input type="checkbox"/> 1	RÉSIDENT PERMANENT (IMMIGRANT REÇU) DE QUEL PAYS ÊTES-VOUS CITOYEN ? <input type="checkbox"/> 2	VISA D'ÉTUDIANT (PERMIS DE SÉJOUR) <input type="checkbox"/> 3	RÉFUGIÉ <input type="checkbox"/> 4
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)		CODE PERMANENT DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC	NUMÉRO D'INSCRIPTION AU REGISTRE DE L'ÉTAT CIVIL
PRIMAIRE <input type="checkbox"/> 6	SECONDAIRE <input type="checkbox"/> 7	COLLÉGIAL <input type="checkbox"/> 0	UNIVERSITAIRE <input type="checkbox"/> 4

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 <input type="checkbox"/>	HIVER <input type="checkbox"/>	ÉTÉ <input type="checkbox"/>	ANNÉE
---	-------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------

CHOIX DE COURS	SECTION	TITRE DU COURS
NUMÉRO DE COURS		

MODALITÉS DE PAIEMENT	
TYPE DE PAIEMENT	Remplir et joindre l'autorisation de paiement par carte de crédit.
<input type="checkbox"/> 1 CHÈQUE	<input type="checkbox"/> 4 VISA
<input type="checkbox"/> 2 MANDAT	<input type="checkbox"/> 5 MASTERCARD
<input type="checkbox"/> 3 ARGENT	<input type="checkbox"/> H AMERICAN EXPRESS
<input type="checkbox"/> A PAIEMENT DIRECT	

AUTORISATION ET DÉCLARATION	
<p>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.</p>	
SIGNATURE DU CANDIDAT _____	DATE _____
<p>Je refuse <input type="checkbox"/> 1 en conformité de la <i>Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels</i>, que des renseignements me concernant soient transférés aux personnes ou organismes énumérés dans ce document, sous le titre <i>Renseignements nominatifs</i>.</p>	
SIGNATURE DU CANDIDAT _____	DATE _____

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

M A N D A T O R Y	FAMILY NAME AT BIRTH															
	USUAL NAME															
	LEGAL FAMILY NAME (IF DIFFERENT FROM NAME AT BIRTH)															
	SEX	DATE OF BIRTH	FIRST LANGUAGE LEARNED AND STILL UNDERSTOOD	LANGUAGE SPOKEN AT PERMANENT RESIDENCE	SOCIAL INSURANCE NO.											
	<input type="checkbox"/> 1 MALE	DAY MONTH YEAR	<input type="checkbox"/> 1 FRENCH	<input type="checkbox"/> 1 FRENCH	_____ (OPTIONAL INFORMATION)											
	<input type="checkbox"/> 2 FEMALE		<input type="checkbox"/> 2 ENGLISH	<input type="checkbox"/> 2 ENGLISH												
			<input type="checkbox"/> 3 OTHER	<input type="checkbox"/> 3 OTHER												
	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						APARTMENT		TELEPHONE (HOME)			
RURAL ROUTE, P.O. BOX AND STATION OR GENERAL DELIVERY								code		number			
MUNICIPALITY OR CITY													
PROVINCE OR STATE													
COUNTRY													
POSTAL CODE													
E-MAIL (IN UPPER CASE)													
										TELEPHONE (WORK)			
										code		number	
										extension			

STATUS IN CANADA											
CANADIAN CITIZEN <input type="checkbox"/> 1		PERMANENT RESIDENT (LANDED IMMIGRANT) <input type="checkbox"/> 2				STUDENT VISA (RESIDENCE PERMIT) <input type="checkbox"/> 3				REFUGEE <input type="checkbox"/> 4	
IF YOU HAVE IMMIGRATED TO CANADA, CANADIAN PROVINCE WHERE YOU SETTLED ON ARRIVAL IN CANADA											

COMPLETED LEVEL OF EDUCATION (check one box only)						PERMANENT CODE OF MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC			CIVIL STATUS REGISTRATION NUMBER				
ELEMENTARY <input type="checkbox"/> 6		SECONDARY <input type="checkbox"/> 7		CEGEP <input type="checkbox"/> 0		UNIVERSITY <input type="checkbox"/> 4							

EMPLOYMENT (applic nt from labor market)															
NAME OF EMPLOYER				TELEPHONE NO.				FUNCTION				START DATE / END DATE			

SESSION IN WHICH COURSE(S) BEGIN(S)											
SESSION: FALL <input type="checkbox"/> WINTER <input type="checkbox"/> SPRING <input type="checkbox"/> SUMMER <input type="checkbox"/> YEAR _____											

CHOICE OF COURSE(S)		
COURSES NUMBER	SECTION	COURSES TITLE

METHODS OF PAYMENT											
TYPE DE PAIEMENT											
<input type="checkbox"/> 1 CHEQUE		<input type="checkbox"/> 4 VISA		Fill out and attach the credit card payment authorization.							
<input type="checkbox"/> 2 MONEY ORDER		<input type="checkbox"/> 5 MASTERCARD									
<input type="checkbox"/> 3 CASH		<input type="checkbox"/> H AMERICAN EXPRESS									
<input type="checkbox"/> A A DIRECT PAYMENT											

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 <input type="checkbox"/> 1 that information concerning me be transferred to persons or organizations listed in the document under <i>Personal Information</i> .											
APPLICANT'S SIGNATURE _____						DATE _____					

Autorisation de paiement par carte de crédit

Nom de famille à la naissance du candidat

Prénom usuel du candidat

Date de naissance

___ / ___ / _____

Jour Mois Année

Carte de crédit (cochez la case appropriée) :

Visa Mastercard Amex

Numéro de carte

Date d'expiration

___ / _____
Mois Année

Montant versé : _____ \$ CAN

Nom et prénom du titulaire de la carte (en lettres majuscules)

Signature du titulaire de la carte

Prière de faire parvenir l'autorisation avec le formulaire d'inscription :

Par la poste :

Par télécopieur : 514 343-5984

École de langues
Faculté de l'éducation permanente
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

Credit Card Payment Authorization

Candidate's Family Name at Birth

Candidate's Usual Given Name

Date of Birth

____ / ____ / _____
Day Month Year

Credit Card (Check the Appropriate Box):

- Visa Mastercard Amex

Card Number

Expiration Date

____ / _____
Month Year

Amount Paid: CAN\$ _____

Family Name and Given Name of the Cardholder (in Capital Letters)

Signature of the Card Holder

Please fill out and attach to your application:

Mail to:

Fax: 514 343-5984

École de langues
Faculté de l'éducation permanente
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7