



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

20__-20__

✓ Cocher s.v.p.

<input type="radio"/>	Préscolaire 5 ans		
<input type="radio"/>	1 ^{re}	<input type="radio"/>	4 ^e
<input type="radio"/>	2 ^e	<input type="radio"/>	5 ^e
<input type="radio"/>	3 ^e	<input type="radio"/>	6 ^e

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: jour / mois / année

Sexe : masc. fém.

Responsable de l'élève: parents **OU** père **OU** mère

Père

Mère

Nom, prénom _____

Adresse _____

Ville _____

Code postal _____

☎ résidence (____) _____ (____) _____

☎ bureau (____) _____ poste: _____ (____) _____ poste: _____

☎ cellulaire (____) _____ poste: _____ (____) _____ poste: _____

☎ pagette (____) _____ (____) _____

@ courriel _____

Institution fréquentée actuellement: _____

Frère ou sœur à l'Externat: _____ groupe: _____

Remarques spéciales: _____

Date de la demande: _____

À l'usage de la direction

À l'usage de la direction		
	Information sur l'évaluation	
Bulletin	Date	
	Heure	
Comportement		
	Information sur le verdict du résultat	
	Accepté(e)	<input type="checkbox"/>
	Accepté(e) sous condition	<input type="checkbox"/>
	En attente	<input type="checkbox"/>
	Refusé(e)	<input type="checkbox"/>
	Date du verdict	_____