

## DEMANDE DE LAISSEZ-PASSER ÉTUDIANT 2017-2018

NOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

NOM DE L'INSTITUTION FRÉQUENTÉE À TEMPS PLEIN : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATE DE DÉBUT DE LA PÉRIODE DE COURS : \_\_\_\_\_

DATE DE FIN DE LA PÉRIODE DE COURS : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU DEMANDEUR:

J'atteste par la présente, que les renseignements donnés dans cette déclaration sont exacts et complets et que JE SUIS INSCRIT À UN PROGRAMME RÉGULIER À TITRE D'ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN.

ET J'AI SIGNÉ : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU DIRECTEUR :

J'atteste par la présente, que \_\_\_\_\_  
est inscrit à notre institution dans un programme régulier à titre d'étudiant à temps plein, tel que stipulé dans les renseignements ci-haut mentionnés et j'ai signé :

\_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DE L'INSTITUTION

NOM EN LETTRES MOULÉES :

\_\_\_\_\_

FONCTION :

\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE BUREAU :

\_\_\_\_\_

POUR OBTENIR UN LAISSER-PASSER ÉTUDIANT, VOUS DEVEZ :

- Compléter le présent formulaire de demande.
- Signer le présent formulaire.
- Obtenir la signature du responsable de l'institution d'enseignement que vous fréquentez.
- Vous présentez au bureau administratif avec votre formulaire.
- **FAIRE PRENDRE VOTRE PHOTO au bureau administratif de la traverse. Celle-ci sera numériquement déposée sur votre nouveau laissez-passer étudiant.**
- Apporter votre carte d'assurance-maladie.

Votre laissez-passer sera disponible dans un délai de 7 jours ouvrables, au bureau où vous l'avez déposé. Il pourra également vous être acheminé par la poste.