

**À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(année / mois / jour)

Pour des raisons de sécurité, vous pourriez avoir à répondre à une question d'authentification lors de l'émission de votre carte.

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**

Nous nous réservons le droit de vérifier le statut de l'étudiant en cours d'année et de révoquer le privilège étudiant de ceux qui ne sont plus inscrits à temps plein au sens de la Loi sur l'aide financière aux étudiants pendant la session pour laquelle la preuve a été fournie. En conséquence, je consens à ce que l'établissement scolaire que je fréquente transmette tout renseignement nécessaire à la vérification de mon statut d'étudiant.

\_\_\_\_\_  
 Signature du demandeur  
 (ou du titulaire de l'autorité parentale si 13 ans et moins)

\_\_\_\_\_  
 Date (année / mois / jour)

**À REMPLIR PAR L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE**

Les étudiants de 16 ans et plus doivent faire remplir cette section par leur établissement d'enseignement reconnu par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES).

Nom de l'établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

*« Je certifie que la personne est réputée comme étudiant à temps plein selon les critères de notre établissement d'enseignement et en vertu de la Loi sur l'aide financière aux études. À ma connaissance, les renseignements précédents sont exacts. »*

**À l'attention du responsable de l'établissement :**  
**Tous les champs doivent être dûment complétés.**

\_\_\_\_\_  
 Signature du responsable de l'établissement

\_\_\_\_\_  
 Date (année / mois / jour)

Aucune photocopie acceptée

Apposer le sceau ou timbre de l'établissement d'enseignement ici :

Pour les 16 ans et plus

**RÉSERVER À L'ADMINISTRATION**

Réception de la demande : \_\_\_\_\_ Type de carte :  Oka / Saint-Placide – 34,20 \$ (mensuelle) – Mois : \_\_\_\_\_  
Date (année / mois / jour)  Saint-Joseph-du-Lac – 15,00 \$ (mensuelle) – Mois : \_\_\_\_\_

**Information ou document nécessaire**

Carte d'assurance-maladie : N° \_\_\_\_\_

Photo passeport : \_\_\_\_\_

Émission de la carte étudiante : \_\_\_\_\_ N° de la carte : \_\_\_\_\_  
Date (année / mois / jour)

\_\_\_\_\_  
 Responsable de l'administration

\_\_\_\_\_  
 Signature de la responsable