L'EXPRESS D'OKA

FORMULAIRE POUR UNE DEMANDE DE CARTE ÉTUDIANTE

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 : _____
Date (année / mois / jour)

Type de carte : ☐ Oka / Saint-Placide – 34,20 $ (mensuelle) – Mois : _____
☐ Saint-Joseph-du-Lac – 15,00 $ (mensuelle) – Mois : _____

Information ou document nécessaire
Carte d'assurance-maladie : N° _____

Photo passeport : _____

Émission de la carte étudiante : _____
Date (année / mois / jour)

N° de la carte : _____

_____
Responsable de l'administration

_____
Signature de la responsable