

Autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire pour étudiant

Ordre professionnel _____

Renseignements personnels

Nom

Prénom

Adresse actuelle de résidence

Ville

Province

Code postal

Date de naissance (jour/mois/année)

Sexe

F M

Lieu de naissance

Téléphone à la résidence

Téléphone cellulaire

Adresse courriel

Renseignements scolaires

Nom de l'établissement d'enseignement

Nom du programme d'études

Date de début du programme (jour/mois/année)

Statut

Temps plein Temps partiel

Avez-vous fait l'objet d'une décision judiciaire vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ou pénale ?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les renseignements pertinents, y compris tout document en votre possession en lien avec cette procédure. Veuillez joindre une feuille supplémentaire au besoin.

Délivrance de l'autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire pour étudiant

Date de réception de la demande (jour/mois/année)

Date de délivrance de l'autorisation spéciale (jour/mois/année)

Personne ayant délivré l'autorisation spéciale (lettres moulées)

Fonction

Signature

Déclaration

Je, soussigné(e), déclare et affirme solennellement que les renseignements donnés dans le cadre de cette demande sont, à ma connaissance, complets, véridiques et authentiques. Je comprends que tout faux renseignement que je présente à l'appui de ma demande pourra entraîner le rejet de celle-ci.

Signature du demandeur

Date (jour/mois/année)