

DATE : _____

ANNÉE SCOLAIRE : _____

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

- ÉDUCATION DES ADULTES (FGA)
- FORMATION PROFESSIONNELLE (FP)
- EN CONTINUITÉ DE FORMATION Âge : _____ Antécédents judiciaires : _____
- EN COMCOMITANCE

Centre de formation

IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DE L'ÉLÈVE

Prénom et nom de l'élève

En date du :

Adresse complète de l'élève

No civique rue app.

Ville Province Code postal

Téléphone

Demande reçue par

IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE À FACTURER

Prénom et nom de la personne à facturer

En date du :

Adresse si différente de l'élève

No civique rue app.

Ville Province Code postal

Téléphone

Adresse courriel

Montant à facturer

Poste budgétaire

RÉSERVÉ AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DES SOMMETS