



## Formulaire d' **ADMISSIBILITÉ DE L'ÉTUDIANT** aux avantages sociaux collectifs

### Employé

Employeur :		Certificat :
Nom de famille :	Prénom :	

### Personne à charge

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance : (aaaa/mm/jj)	
Nom de l'établissement d'enseignement :			
Adresse de l'établissement d'enseignement :			
Statut : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Par correspondance <input type="checkbox"/> PEC	Date de début : (aaaa/mm/jj)	Date de fin : (aaaa/mm/jj)	Sortant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

**Note :** Si l'étudiant n'obtient pas son diplôme à la date de fin, un nouveau formulaire « d'admissibilité de l'étudiant » sera requis pour qu'il puisse continuer à bénéficier des avantages.

### Déclaration

Je déclare que les informations fournies ici sont vraies, complètes et exactes. Une copie de cette autorisation sera considérée comme valide autant que l'original.

Signature de l'employé :

Date : (aaaa/mm/jj)

Signature de l'employeur :

Date : (aaaa/mm/jj)