



**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)