



POST-SECONDARY STUDENT SERVICES
 SERVICE AUX ÉTUDIANTS DU POSTSECONDAIRE
 1440 STE-CATHERINE ST. WEST, SUITE 400
 MONTREAL, QC H3G 1R8
 TEL: 514-846-1155
 TOLL FREE / SANS FRAIS : 1-800-463-7402

**A. IDENTIFICATION OF STUDENT AND DEPENDENTS /
 IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

First Name : _____ Family Name : _____
Prénom : _____ Nom de famille : _____

Maiden Name : _____ Sex : Male Female
Nom de jeune fille : _____ Sexe : Masculin Féminin

Date of Birth : _____ Social Insurance N° : _____
Date de naissance : _____ N° d'assurance sociale : _____

Point of Departure : _____ Community of Origin : _____
Lieu de départ : _____ Communauté d'Origine : _____

Marital Status : Single Married Divorced / Separated Common Law
État civil : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) / Séparé(e) Conjoint de fait

If you checked "Common Law", since when have you cohabited? (supply proof) : _____
Si vous avez coché "Conjoint de fait", depuis quand cohabitez-vous (preuve) : _____

Number of dependents accompanying the student:
Nombre de personnes à charge qui accompagnent l'étudiant : _____

Name Nom	Date of Birth Date de naissance	Relationship Lien de famille	Beneficiary N° N° de bénéficiaire

B. INFORMATION ON PROGRAM / RENSEIGNEMENTS SUR LE PROGRAMME

Please check the session/semester and the year you will/have apply(ied) for :
Veillez cocher la session ou semestre et l'année pour lesquels vous avez fait (ferez) une demande :

Fall / Automne _____ Winter / Hiver _____ Spring / Printemps _____ Summer / Été _____

Indicate Institution presently attending : _____
Établissement d'enseignement que vous fréquentez présentement :

Present Program / Course Programme / Cours actuel	Length of Program Durée du programme	Credits Completed to Date Unités déjà obtenues	Expected Date of Graduation Date prévue d'obtention du diplôme

B. INFORMATION ON PROGRAM (continued...) / RENSEIGNEMENTS SUR LE PROGRAMME (suite)**EXPECTED GRADUATES ONLY :**

If applying to a new program and in a new institution, please list in order of preference (**attach a copy of the application to the institution**) :

Si l'inscription est dans un nouveau programme et un nouvel établissement d'enseignement, mettre par ordre de préférence (joindre une copie de la demande d'inscription pour l'établissement) :

Choice N° Choix N°	Institution Établissement d'enseignement	Program / Course Programme / Cours	Length Durée
1 st / 1 ^{er} :			
2 nd / 2 ^e :			
3 rd / 3 ^e :			

C. INFORMATION ON EMPLOYMENT AND INCOME / RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI ET LE REVENU

List all sources of income such as salaries, allowances, indemnities, grants, etc. (Include other incomes of student and of dependents) :

Indiquer toute source de revenus, par exemple traitement, allocation, indemnité, subvention (inclure autres revenus de l'étudiant et des personnes à charge) :

Name Nom	Type of Income Type de revenu	Annual Income (\$) Revenu annuel (\$)

D. DECLARATION / DÉCLARATION

I hereby certify that the above information given in this form is true, exact and complete. I hereby authorize the Cree School Board and authorize persons to check if information given in this form is accurate. I understand that any false information given in this form or omission may lead to action against me and/or to automatic rejection or dismissal from the program.

Je déclare par la présente que les renseignements donnés dans le présent formulaire sont véridiques, exacts et complets. J'autorise par la présente la Commission scolaire crie et les personnes autorisées à vérifier leur authenticité. Je reconnais que tout renseignement faux donné dans ce formulaire ou toute omission peut donner lieu à une poursuite contre moi et/ou à mon exclusion ou renvoi automatique du programme.

Applicant's Signature
Signature du Demandeur

Date

The Cree School Board reserves its rights to take any appropriate action in the event of false, inaccurate statements made in this form or of any omission of relevant information.

La Commission scolaire crie se réserve le droit de prendre toute mesure appropriée à l'égard de déclarations fausses ou inexactes dans le présent formulaire ou de toute omission de renseignement pertinent.

OFFICE USE ONLY / À USAGE INTERNE SEULEMENT

Approved / Approuvée Refused / Refusée

Comments / Commentaires : _____

Director / Directeur
Post-Secondary Student Services
Service aux Étudiants du Postsecondaire

Date