

DOSSIER DE L'ÉLÈVE

SECTION A : Identification

Mme M. Nom: Prénom :
Adresse: App:
Ville: Code postal:
Tél : (dom.) (cel.)
Date de naissance : / / Num. Ass. Sociale
année / mois / jour Pour reçu d'impôt

SECTION B : Profession

Infirmière ou Infirmière auxiliaire Permis :

SECTION C : Choix de formation

Hebdomadaire automne	Intensive automne	Accélérée automne
Hebdomadaire hiver	Intensive hiver	Hybride printemps
Hebdomadaire printemps	Intensive printemps	Hybride été
Formation 140 heures (20 jours) 1525\$	Formation 160 heures (23 jours) 1795\$	

Dates :

SECTION D : Conditions

Les frais d'inscription de 95 \$ sont non-remboursables en tout temps. Toutefois, si la formation est annulée par SURPiED inc., tous les frais seront remboursés intégralement.

*Si vous annulez votre inscription plus de 15 jours ouvrables avant le début de la formation, la partie dépôt de votre inscription soit **400\$** vous sera remboursée. Les frais d'inscription seront, pour leur part, utilisables au cours des douze mois suivants pour une formation chez SURPiED inc.*

Aucun remboursement ne sera effectué sur le 1^{er} versement de 495 \$ si vous annulez 15 jours ouvrables et moins avant le début de la formation.

Dès la deuxième journée de formation, une annulation entraînera l'obligation d'acquitter la totalité des frais de scolarité au montant de 1525\$ ou 1795\$.

SECTION E : Signatures

*Par la signature de ce formulaire, je m'engage à respecter les clauses comprises dans cette inscription et je comprends qu'il faut se procurer une trousse de travail avant le 3^e cours, comprenant les instruments, les produits et un mode de stérilisation nécessaires pour les soins. Une trousse conforme est disponible chez SURPiED inc. au prix approximatif de **3200\$**. Elle inclut les instruments pour 2 soins consécutifs et un autoclave de table verticale.*

Signature : _____ Date : _____
année / mois / jour

*Vous devez joindre un paiement de **495\$** (par chèque, carte de crédit ou Interac) avec votre formulaire*