

## 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) **1635\$** Formation 160 heures (23 jours) **1925\$**  
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<sup>er</sup> 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 1635\$ ou 1925\$.*

### 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<sup>e</sup> cours, comprenant les instruments, les produits et un mode de stérilisation nécessaires pour les soins. Une trousse conforme, qui inclut les instruments pour 2 soins consécutifs, est disponible chez SURPIED inc. au prix approximatif de **1930\$**. Pour la stérilisation, un autoclave de table verticale au prix de 1525\$ plus taxes et un modèle qui permet l'ensachage à 3500\$ plus taxes, sont disponibles.*

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour

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

