



Consultation
Paramédicale
en Santé
Oculaire

FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2018/2019

INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE EN SANTÉ OCULAIRE*

*Numéro d'agrément : 0055144 « Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre, Commission des partenaires du marché du travail, Emploi Québec »

NOM: _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____ VILLE _____

PROVINCE: _____ CODE POSTAL: _____ PAYS: _____

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE: () _____ TRAVAIL: () _____

TÉLÉPHONE CELLULAIRE: () _____ COURRIEL: _____

**Je désire m'inscrire au programme de formation (8 cours) en
Assistance technique en santé oculaire**

Frais d'inscription et d'ouverture de dossier: 100 \$, non remboursables

ci-joint mon chèque de 100 \$, libellé à CPSO inc.

Cours No : **750 \$ (45hrs de cours)**

ci-joint mon chèque de 750 \$, libellé à CPSO inc.

Autres exigences :

ci-joint mon CV ci-joint une copie de mon Diplôme d'études secondaires

ci-joint Preuve de citoyenneté ou Visa d'étude

je consens à subir un test de français

J'ai lu, je comprends la description du programme et j'en accepte les conditions

Signature : _____ Date : _____ Lieu : _____

Veuillez imprimer, remplir et retourner ce formulaire accompagné des documents à l'adresse suivante :

Institut de Formation Paramédicale en Santé Oculaire, 4389 Av. Harvard, Montréal, Qc. H4A 2W9