



Consultation  
Paramédicale  
en Santé  
Oculaire

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2021

## 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: \_\_\_\_\_

### Certification en Assistance technique en santé oculaire

- Je désire m'inscrire au programme de formation Travail/Études (≈ 14 mois)
- Je désire m'inscrire au module À la carte : No .....

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 :

**Consultation Paramédicale en Santé Oculaire, 4389 Av. Harvard, Montréal, Qc. H4A 2W9**