

# RÉINSCRIPTION

## INFORMATION

Nom:	Prenom:	Age:
Adresse si changée:		
Ville:	Code Postal:	Pays:
Téléphone maison:	Téléphone bureau:	
Date de naissance:	Lieu de naissance:	
Courriel à confirmer:		

Veuillez signaler tout changement à votre dossier.

## Admission

- Je désire l'admission au \_\_\_\_\_
- Je désire obtenir des exemptions pour le(s) cours # \_\_\_\_\_
- Je dispose de \_\_\_\_\_ heures par semaine pour étudier
- 3a – Je désire débiter ma formation  Le plus tôt possible  Au mois de \_\_\_\_\_

## FRAIS

- -Frais de scolarité : \_\_\_\_\_  
(indiquer le montant de la formation complète)

Je joins un premier acompte ou un paiement global de: \_\_\_\_\_

- par virement bancaire automatisés
- par PayPal  Other: \_\_\_\_\_

*Les paiements non automatisés sont sujets à l'ajout de frais supplémentaires.*

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Envoyer par courriel à [administration@cmdq.com](mailto:administration@cmdq.com) ou poster à:

CMDQ 134 boul. St-Joseph Ouest, Montréal, QUEBEC H2E 1S2, CANADA

