

Demande d'admission / La maison des Apprentis

Nom		Prénom		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse			N° appartement	
Ville			Code postal	
Téléphone: ()	Adresse électronique			
Date de naissance		Citoyen canadien	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Fumeur : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Milieu de vie actuel :	Type familial : <input type="checkbox"/>	Famille d'accueil : <input type="checkbox"/>	Autres :	
Revenu brut annuel :				
Occupation	École: <input type="checkbox"/>	Stage ou atelier: <input type="checkbox"/>	Travail, intégration au travail (plateau): <input type="checkbox"/>	
Si autres : <input type="checkbox"/>	Expliquez :			
Fréquentation:	Temps plein: <input type="checkbox"/>	Temps partiel: <input type="checkbox"/>	Nombre d'heures par semaine :	
Type de déficience :				
État de santé :				
Précisez :				
Inscrit à un CRDITED	OUI <input type="checkbox"/>	Nom du CRDITED :		NON <input type="checkbox"/>
Service du CISSS	OUI <input type="checkbox"/>	Nom du CISSS :		NON <input type="checkbox"/>

Nom du représentant :		Lien avec la personne :	
Adresse			
Téléphone: ()	Adresse électronique :		
Autre ressource (Personne ou organisme)			
Nom		Lien avec la personne :	
Adresse			
Téléphone: ()	Adresse électronique :		

