

Vos renseignements seront protégés en tout temps...

Vos renseignements personnels sont recueillis en vertu de la Loi de l'Université d'Ottawa. Cette information est recueillie pour des fins de recrutement, d'admission, d'inscription, de remise de diplôme, de suivi, d'administration et pour toutes autres activités reliées aux programmes et aux services offerts par l'Université. Vos renseignements seront protégés en tout temps conformément à la Loi sur l'accès à l'information et sur la protection de la vie privée. Si vous avez des questions, veuillez consulter l'adresse suivante : <http://web5.uottawa.ca/admingov/confidentialite.html> ou contactez par écrit la vice-rectrice à la gouvernance à laipvp@uottawa.ca ou écrire à :

Coordonnateur de l'accès à l'information
a/s Cabinet de la vice-rectrice à la gouvernance
Université d'Ottawa
Ottawa ON K1N 6N5

INSCRIPTION
PROGRAMMES DE PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL

- Veuillez lire l'annuaire et l'horaire des programmes de perfectionnement avant de remplir ce formulaire.
- Écrivez en caractères d'imprimerie (n'écrivez pas dans les cases ombrées).

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|--|--|--|
| SESSION D'INSCRIPTION | | <input type="checkbox"/> HIVER <input type="checkbox"/> PRINTEMPS / ÉTÉ <input type="checkbox"/> ÉTÉ <input type="checkbox"/> AUTOMNE | | ANNÉE | N° D'ÉTUDIANT/E (U.O.) | |
| M., MME SR., DR. | | NOM DE FAMILLE | | | PRÉNOMS | |
| NOM DE FAMILLE ANTÉRIEUR (S'IL Y A LIEU) | | | | | | |
| ADRESSE PERMANENTE | | | | | | |
| N° ET RUE | | VILLE | | | N° DE MEMBRE DE L'O.E.E.O. | |
| PROVINCE | | PAYS | | CODE POSTAL | SI DE L'ONTARIO OU DU QUÉBEC, COMTÉ PROVINCIAL | |
| IND. RÉG. & N° DE TÉLÉPHONE | | | IND. RÉG. & N° DE TÉLÉPHONE (TRAVAIL) | | | |
| N° DE TÉLÉCOPIEUR | | | COURRIEL(S) | | | |
| | | | @uOttawa.ca | | | |
| PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE | | NOM | | LIEN | | N° DE TÉL. |
| SEXE | H <input type="checkbox"/> MASCULIN | F <input type="checkbox"/> FÉMININ | DATE DE NAISSANCE | | ÉTAT CIVIL | |
| | | | | 1 <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE | 2 <input type="checkbox"/> MARIÉ/E | 9 <input type="checkbox"/> AUTRE |
| | | | | | | N° D'ASSURANCE SOCIALE |
| LANGUE MATERNELLE | | FRA <input type="checkbox"/> FRANÇAIS | | ANG <input type="checkbox"/> ANGLAIS | | AUTRE <input type="checkbox"/> PRÉCISEZ |
| | | | | LANGUE DE CORRESPONDANCE | | F <input type="checkbox"/> FRANÇAIS |
| | | | | | | E <input type="checkbox"/> ANGLAIS |
| | | | | EN QUELLE LANGUE AIMERIEZ-VOUS FAIRE VOS ÉTUDES? | | F <input type="checkbox"/> FRANÇAIS |
| | | | | | | E <input type="checkbox"/> ANGLAIS |
| PAYS DE NAISSANCE | | PAYS DE CITOYENNETÉ | | SI NON-CANADIENNE, INDIQUEZ LA DATE DE VOTRE ARRIVÉE AU CANADA | | |
| | | | | | | |
| SI NON-CANADIENNE, PRÉCISEZ VOTRE STATUT ACTUEL | | R <input type="checkbox"/> RÉSIDENT/E PERMANENT/E | P <input type="checkbox"/> PERMIS D'ÉTUDES | D <input type="checkbox"/> DIPLOMATE | F <input type="checkbox"/> RÉFUGIÉ/E | A <input type="checkbox"/> AUTRE, PRÉCISEZ |

| DONNÉES D'INSCRIPTION | |
|--|--|
| PROGRAMME DE PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL DEMANDÉ | PARTIE <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| SI SPÉCIALISTE EN ÉTUDES SUPÉRIEURES | (OPTION SCOLAIRE) |
| SI «QUALIFICATION DE BASE ADDITIONNELLE (Q.B.A.)» | (OPTION SCOLAIRE) |
| <input type="checkbox"/> CYCLE INTERMÉDIAIRE <input type="checkbox"/> CYCLE SUPÉRIEUR | |
| ENDROIT HORS-CAMPUS (S'IL Y A LIEU) | POST CODE |

J'accepte par la présente de payer les frais encourus en vertu de cette inscription et je reconnais que je demeure redevable envers l'Université d'Ottawa de tous frais non payés à moins d'avoir informé l'Université par écrit (lettre ou formulaire approprié) de mon intention d'annuler mon inscription avant la date limite de remboursement complet telle qu'indiquée à l'horaire et au site web de la Faculté d'éducation.

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et exacts, incluant ma déclaration de citoyenneté et de statut au Canada. Toute fausse déclaration de ma part entraînera l'annulation de mon admission / inscription. J'accepte d'observer tous les règlements de l'Université d'Ottawa.

Je joins à ce formulaire tous les documents requis, y compris les frais d'administration (non-remboursables) ou l'acompte (non-remboursable), tel que stipulé dans l'annuaire/l'horaire des programmes de perfectionnement. Je suis conscient/e que, dans le cas contraire, la Faculté se réserve le droit de refuser mon inscription et qu'elle n'assumera pas la responsabilité de ma non-recommandation à l'Ordre des enseignantes et enseignants de l'Ontario.

J'ai lu et compris la documentation expliquant que mes renseignements personnels seront protégés en tout temps conformément à la loi sur la protection de la vie privée et sur l'accès à l'information.

- NOTE -
L'inscription aux cours n'est officielle qu'une fois approuvée par la Faculté.

| CHOIX DE COURS | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|-----------|---|---|---|---------|-----------------|--------------------|----------------------|
| COTE DE COURS | | | | | | | SECTION | FRÉQUENTATION * | COURS EN LIGNE (✓) | RÉSERVÉ À LA FACULTÉ |
| ALPHA | | | NUMÉRIQUE | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | |
|-------------------------|------|---------------------|------------------------|
| ANNÉE | MOIS | JOUR | SIGNATURE (ÉTUDIANT/E) |
| RÉSERVÉ À LA FACULTÉ | | | |
| CONDITION D'INSCRIPTION | | | |
| DATE | | SIGNATURE AUTORISÉE | |

* AUD = AUDITEUR, HP = HORS-PROGRAMME, ADD = ADDITIONNEL AUX EXIGENCES
REGI-3145(F) PDF 2014/07

