

FORMULAIRE OBLIGATOIRE SUR LES INFORMATIONS SENSIBLES

Destination Clic (du 1 au 19 juillet 2024)



PRÉPARATION

- 1) Lisez attentivement et remplissez le formulaire d'inscription au programme Destination Clic en ligne.
- 2) Veuillez imprimer ce document et y indiquer les informations suivantes :

JE SUIS UN(E) BOURSIER(ÈRE) DE DESTINATION CLIC CONFIRMANT MA PARTICIPATION AU :

- Programme de français langue première (FLP) pour élèves de la 8^e à la 10^e année (du 1 au 19 juillet 2024)

Prénom et Nom de Famille :

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____



AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE MALADIE ?

- Oui
- Non

Si vous avez une couverture provinciale

De quelle province : _____

Numéro de la carte d'assurance maladie : _____

Si votre couverture n'est pas provinciale

Nom de la compagnie d'assurance maladie : _____

Numéro de la police d'assurance maladie : _____

Numéro de téléphone du service clientèle : _____

3) Préparez une copie physique des documents suivants :

- Formulaire obligatoire sur les informations sensibles**
- Preuve d'identité avec photo**
 - (Par exemple, carte de santé, permis de conduire, passeport, carte d'étudiant(e), etc.)
- Formulaire facultatif sur les informations médicales et aménagements spéciaux, le cas échéant :**
 - Preuve de conditions médicales (par exemple, asthme, crises d'épilepsie, troubles cardiaques, etc.)
 - Preuve d'allergies et de besoin d'EpiPen
 - Preuve d'un régime alimentaire spécial pour des raisons médicales
 - Preuve d'un aménagement officiel documenté (certificat médical, plan d'apprentissage/éducation individualisé, etc.)



4) Veuillez envoyer ce document, votre preuve d'identité avec photo et les pièces jointes nécessaires à l'adresse suivante :

Programme Destination Clic à Glendon

Pavillon York A112

2275, avenue Bayview

Toronto, ON M4N 3M6

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter par courriel à l'adresse suivante :
clic@glendon.yorku.ca

SECTION A REMPLIR UNIQUEMENT PAR L'ADMINISTRATION DE LA FORMATION CONTINUE À GLENDON :

DATE DE RÉCEPTION: _____

- COMPLET**
- INCOMPLET**
 - Numéro d'assurance sociale (NAS)**
 - Preuve d'identité avec photo**
 - Formulaire facultatif d'information sur les soins médicaux et les aménagements**
 - Le cas échéant :**
 - Preuve de conditions médicales (par exemple, asthme, crises d'épilepsie, troubles cardiaques, etc.)
 - Preuve d'allergies et de besoin d'EpiPen
 - Preuve d'un régime alimentaire spécial pour des raisons médicales
 - Preuve d'un aménagement officiel documenté (certificat médical, plan d'apprentissage/éducation individualisé, etc.)

NOTES: _____