

## DEMANDE D'INSCRIPTION

### Centre de Perfectionnement des Compétences (Linguistiques)

District du Québec 839, Rue LaSalle Longueuil (QC) J4K 3G6

Tél. 450.442.2732 Téléc. 450.442.3818

Courriel: [langues@dq.paoc.org](mailto:langues@dq.paoc.org) Site web: [www.dqpaoc.org/langues](http://www.dqpaoc.org/langues)

#### INFORMATION

Collaborateur (ex. : titulaires de lettres d'accréditation, membres d'églises, étudiants IBQ) **OUI**

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Nom de votre église : \_\_\_\_\_

Ville de votre église : \_\_\_\_\_

Nom de votre pasteur : \_\_\_\_\_

#### PROGRAMME / COURS

Langue :

Durée

3 mois

6 mois

Date de début prévue le : \_\_\_\_\_

Facture : pas besoin de facture    par courriel    par la poste

Paiement : par carte de crédit (PayPal)    par chèque

Question / commentaire :

Réservé à l'administration

Date de réception : \_\_\_\_\_

Paiement :  chèque     Paypal     autre

Reçu le : \_\_\_\_\_

Enregistré RS le : \_\_\_\_\_