

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – AUDITIONS

SVP, veuillez remplir en lettres moulées.

Notez bien que tout dossier incomplet ne sera pas traité

Liste des documents à joindre à votre demande

- le formulaire d'inscription aux auditions dûment rempli;
- le questionnaire sur les expériences et les formations antérieures en danse dûment rempli;
- une copie du certificat de naissance;
- l'attestation d'études ou le relevé de notes relatif à une formation artistique si disponible;
- le plus récent bulletin scolaire officiel (portant le sceau de l'école d'où il provient);
- toute information médicale jugée pertinente;
- deux photographies récentes, de format 4 po x 6 po, soit un portrait et une photographie de plein pied en tenue de danse, avec le nom de la personne inscrit au verso;
- un chèque certifié ou un mandat-poste libellé au nom de LADMMI, au montant de 50 \$ CA pour les frais d'inscription (non remboursable).

Choix du programme*

- Attestation d'études collégiales (AEC)
- Diplôme d'études collégiales (DEC)

* Ces programmes impliquent d'être disponibles à temps plein pendant trois ans.
Pour connaître le contenu détaillé des programmes, consultez le www.ladmmi.com

Identification du candidat

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titre	Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalité	Provenance (Pays, Province)	Langue de correspondance

Coordonnées du candidat

<input type="text"/>		
Adresse de résidence		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province / Pays	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone résidence	Téléphone bureau / poste	Cellulaire
<input type="text"/>		
Courriel		
<input type="text"/>		
Adresse de correspondance pour envoi des documents officiels (si différente)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province / Pays	Code postal

Coordonnées des parents

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prénom et nom du père	Fonction	
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province / Pays	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone résidence	Téléphone bureau / poste	Cellulaire
<input type="text"/>		
Courriel		

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prénom et nom de la mère	Fonction	
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province / Pays	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone résidence	Téléphone bureau / poste	Cellulaire
<input type="text"/>		
Courriel		

Personnes à contacter en cas d'urgence (veuillez indiquer deux noms SVP)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Premier contact - lien	Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone résidence	Téléphone bureau / poste	Cellulaire
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Second contact - lien	Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone résidence	Téléphone bureau / poste	Cellulaire

Informations complémentaires

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Code permanent (tel qu'inscrit sur le relevé de notes du MELSQ)	
<input type="text"/>	<input type="text"/> (/)	
N° d'assurance sociale	N° d'assurance maladie	(Date d'expiration)
<input type="text"/>		

Allergies ou maladies importantes à déclarer en cas d'urgence

Antécédents scolaires

Formation secondaire

- Incomplète
 Complétée

Année d'obtention

Établissement d'enseignement

Programme

Formation collégiale

- Incomplète
 Complétée

Année d'obtention

Établissement d'enseignement

Programme

Formation universitaire

- Incomplète
 Complétée

Année d'obtention

Établissement d'enseignement

Programme

Déclaration particulière pour les candidats résidant à 1000 km et plus

Je joins une vidéocassette qui répond aux exigences des auditions préliminaires. Je déclare qu'elle est conforme à mes habiletés et à mes compétences et qu'elle n'a pas été l'objet d'un montage technique qui altérerait l'évaluation de son contenu.

Signature du candidat

Date

Signature d'un témoin

Date

Signature

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise LADMMI et ses mandataires à vérifier les documents annexés et j'accepte de me soumettre à une évaluation physiologique ou à un examen médical à la demande de LADMMI.

Signature du candidat

Date

Signature du parent ou tuteur
(pour les candidats de moins de 18 ans)

Date