



Demande de dérogation aux règles de CSI

Veuillez remplir le présent formulaire et le faire parvenir à CSI :

Télécopieur : 1 866 866-2660 (Canada et É.-U.) ou 416 359-0486

Adresse : 200 Wellington Street West, 15^e étage, Toronto, (Ontario) M5V 3C7

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX *Renseignements obligatoires*** (Remplir toutes les parties en MAJUSCULES.)**

N° de dossier :

Vérification de l'identité : Date de naissance (aaaa/mm/jj) :

Prénom : Nom :

Sexe : Masculin Féminin Langue de correspondance : Français Anglais

Courriel principal : Autre courriel :

Téléphone au domicile : Téléphone au bureau :

Adresse : Bureau Domicile

Employeur :

Numéro et rue : App./Bureau :

Ville : Province : Pays : Code postal :

JE DEMANDE UNE DÉROGATION AUX RÈGLES DE CSI POUR LE COURS SUIVANT :

(Détails disponibles au www.csi.ca)

Nom du cours : Dérogation demandée : Prolongation de cours
 Réduction de la période d'attente avant la réinscription
 Autre :

Circonstance : Raison d'ordre médical ou familial Décès Autre

Veuillez fournir les détails expliquant le besoin d'avoir une dérogation.

J'ai joint le(s) document(s) suivant(s) pour justifier le besoin d'avoir une dérogation. (Veuillez référer aux *Critères de dérogation aux règles de CSI* au www.csi.ca):

Document médical Preuve officielle de décès Autre :

Je, soussigné(e), déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et véridiques et je permets à CSI de vérifier toute information fournie dans cette demande.

Signature : Date :

MODALITÉS DE PAIEMENT

Les droits doivent être réglés en dollars canadiens. Le paiement doit être fait par carte de crédit (Visa, MasterCard ou AMEX). Les demandes doivent être accompagnées du paiement approprié.

Veuillez inclure : Droit d'évaluation pour demande de dérogation : 35,00 \$ plus les taxes applicables* par cours. (Ces frais sont non remboursables.)

* NOTE: veuillez référer au https://www.csi.ca/student/fr_ca/student/policies/fees.xhtml#taxes - Renseignements fiscaux

Paiement par carte de crédit : Visa MasterCard Amex, au montant de :

N° de la carte : Date d'expiration (mois/année) :

Nom du titulaire : Signature:

REMARQUE : Afin de respecter les normes PCI (Payment Card Industry), CSI n'acceptera pas les formulaires reçus par courriel qui renferment de l'information relative au paiement. Ces formulaires seront supprimés immédiatement. Pour éviter les retards, veuillez nous transmettre votre formulaire par télécopieur ou par la poste.