

Directives

USAGE INTERNE

1. Faire parvenir un relevé de notes officiel de vos études secondaires (obligatoire), collégiales et universitaires (optionnels) si disponible. Le relevé de notes de 11^e année est accepté jusqu'à ce que celui de 12^e année soit disponible. Votre demande d'admission sera seulement évaluée lorsque nous aurons reçu tous les documents (demande d'admission, relevé de notes du secondaire, frais de traitement).
2. Inclure les frais de traitement appropriés pour un ou deux choix de programmes par année collégiale : chèque, mandat (à l'ordre du «Ministre des Finances»), ou téléphoner au 1-800-376-5353 pour faire le paiement par téléphone, ou payer en ligne au ccnb.ca.
3. Envoyer votre demande d'admission et documents pertinents par courriel à l'adresse suivante : admission@ccnb.ca ou par courrier au : Service de l'admission collégiale, 113 rue Roseberry, suite 310, Campbellton (Nouveau-Brunswick) E3N 2G6 ou visiter notre site Internet : ccnb.ca.

Demande # 1 : _____
 Demande # 2 : _____
 Entré par : _____
 Date : _____

Renseignements personnels (*Indique un champ obligatoire)

Je fais ma demande à titre de : (cochez les cases appropriées)
 Étudiant canadien Étudiant adulte (préalables manquants)
 Étudiant international Étudiant autochtone/métis (preuve exigée)**

* Nom de famille : _____ * Prénom : _____ 2^e Prénom : _____

Nom de famille à la naissance : _____ Autre nom de famille : _____

* Date de naissance : _____ ANNÉE MOIS JOUR Sexe : Masculin Féminin Autre

* Numéro d'assurance sociale (pour fins d'impôts) : _____ Numéro de passeport : _____ NENB : _____
Numéro d'éducation du Nouveau-Brunswick

* Adresse à domicile : _____ RUE / ROUTE RURALE / BOÎTE POSTALE # APT/SUITE CITÉ / VILLE PROVINCE
 _____ CODE POSTAL COMTÉ (N.-B. SEULEMENT) PAYS

Adresse postale (si différente) : _____ RUE / ROUTE RURALE / BOÎTE POSTALE # APT/SUITE CITÉ / VILLE PROVINCE
 _____ CODE POSTAL COMTÉ (N.-B. SEULEMENT) PAYS

* Téléphone : Domicile : _____ Cellulaire : _____ Travail : _____

* Courrier électronique : Domicile : _____ Travail : _____

Citoyen canadien Résident permanent (Immigrant reçu) Visa d'étudiant Visa de travail *Pays d'origine _____

Langue maternelle : Français Anglais Autre (précisez) _____ Autres langues parlées (précisez) _____

** Êtes-vous une/un Autochtone, c'est-à-dire, Première Nation (Indienne/Indien de l'Amérique du Nord), Métisse/Métis ou Inuk (Inuite/Inuit)?

Remarque : Première Nation (Indienne/Indien de l'Amérique du Nord) comprend les Indiennes/Indiens avec statut et les Indiennes/Indiens sans statut. Si « Oui », cochez le ou les cercles qui vous décrivent le mieux à l'heure actuelle.

Oui, Première Nation (Indienne/Indien de l'Amérique du Nord) Oui, Métisse/Métis Oui, Inuk (Inuite/Inuit) Numéro de registre/bande _____

Choix de programme (maximum de deux)

* Choix préféré _____ NOM DU PROGRAMME / OPTION NOM DU CAMPUS TRIMESTRE / ANNÉE

2^e choix _____ NOM DU PROGRAMME / OPTION NOM DU CAMPUS TRIMESTRE / ANNÉE

Éducation

USAGE INTERNE

Secondaire GED Études secondaires pour adultes PCE (Programme des compétences essentielles)
 CESA (Compétences essentielles au secondaires pour adulte) PCEA (Programme de compétences essentielles pour adulte)

_____ NOM DE L'ÉCOLE _____ DERNIER NIVEAU COMPLÉTÉ _____ DATE COMPLÉTÉE

Collège / Université / Autres études postsecondaires Certificat Diplôme Baccalauréat

Nom de l'établissement : _____

Autorisation

J'autorise le Service de l'admission collégiale à divulguer mes renseignements personnels à :

_____ (ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE LE NOM DE LA PERSONNE / TUTEUR / AUTRE)

Les informations que vous fournirez seront confidentielles et traitées conformément à la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée du Nouveau-Brunswick.

Modalité de paiement

USAGE INTERNE

Nom de l'étudiant : _____ (ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Canadien 50 \$ (1 ou 2 choix) Étudiant étranger 100 \$ (1 ou 2 choix)
 Mastercard Chèque _____
 Visa Mandat _____ Payable à l'ordre du «Ministre des Finances»

_____ NUMÉRO DE CARTE DE CRÉDIT _____ DATE D'EXPIRATION - MOIS / ANNÉE

Nom du détenteur : _____ Téléphone : _____
 (ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Signature du détenteur _____

Les Services d'orientation du CCNB : un appui solide pour assurer le succès de votre projet de vie-carrière!

Le choix d'un programme d'études constitue une décision importante dans la réalisation d'un projet de vie-carrière. Même si le(s) choix que vous indiquez sur cette demande d'admission correspond(ent) déjà assurément à vos intérêts professionnels, vous aimeriez peut-être consolider encore davantage votre décision, par exemple en recevant dès maintenant plus d'information sur le(s) programme(s) d'études que vous avez choisi(s), sur le type d'emploi que vous pourrez occuper lorsque vous aurez terminé votre formation collégiale, ou encore sur la façon dont se dérouleront vos études. Si la possibilité de recevoir de tels renseignements vous intéresse, cochez la case "Oui" ci-dessous, et un représentant de nos Services de counseling et d'orientation communiquera avec vous dans les plus brefs délais.

- Oui, j'aimerais discuter avec un représentant des Services de counseling et d'orientation dès maintenant.
(Indiquez si vous préférez être contacté(e) par téléphone ou par courriel : _____.)
- Non, je ne souhaite pas être contacté(e) par un représentant des Services de counseling et d'orientation pour le moment.

Questionnaire des Services d'accessibilité et de réussite étudiante

Les Centres de soutien à l'apprentissage du CCNB, partenaires de votre réussite!

Si vous avez une incapacité mentale ou physique (trouble d'apprentissage, trouble de motricité, déficience psychique, cécité/déficience visuelle, surdité/déficience auditive, ou autres déficiences), il se peut que vous ayez besoin de services adaptés pour appuyer votre réussite des études dès le début de l'année collégiale. **Notez également** que vous êtes admissible à une aide financière supplémentaire.

Faites-nous part de vos besoins dès maintenant, afin que nous puissions mieux coordonner les services de soutien dont vous aurez besoin.

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Numéro matricule : _____

Date de naissance (année/mois/jour) : _____

Programme : _____

Campus : _____

Brève description de votre incapacité mentale ou physique ainsi que de vos besoins en fait de services de soutien : _____

Une personne du CCNB communiquera avec vous sous peu afin que vous puissiez lui parler de vos besoins.

Les informations que vous fournirez seront confidentielles et traitées conformément à la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée du Nouveau-Brunswick.

