

IMPORTANT :

- > Transmettre ce formulaire par le lien « cliquez ici pour envoyer » (aucun accusé de réception n'est remis).
- > Un courriel vous sera transmis indiquant le montant à payer et les différentes procédures de paiement possible.
- > Un envoi par courrier recommandé est aux frais de l'étudiant.
- > Aucune attestation ou relevé de notes ne seront remis ou transmis pour un étudiant ayant un solde **dû** aux finances.
- > Un délai de traitement pouvant aller de **7 à 10 jours ouvrables** est à considérer une fois le paiement effectué, et peut être ajusté à la hausse ou à la baisse, selon l'achalandage.
- > Le montant total de votre demande est à la discrétion du Bureau du registraire.
- > Toute demande, une fois reçue, n'est pas modifiable mais peut être annulée (non remboursable si payée, sauf exception).

CHOIX DE L'ATTESTATION DÉSIRÉE ET TARIF

<input type="checkbox"/> Renouvellement des documents légaux (CAQ et PÉ)	20 \$
<i>Vous recevrez les documents suivants :</i>	
<input type="checkbox"/> Fréquentation scolaire	10 \$
<input type="checkbox"/> Attestation de réussite	20 \$
<input type="checkbox"/> Relevé de notes avec sceau officiel	10 \$
<input type="checkbox"/> Formulaire pré complété	10 \$
<input type="checkbox"/> Reconnaissance des acquis (RAC)	10 \$
<input type="checkbox"/> Copie supplémentaire d'un même document	1 \$
<input type="checkbox"/> Photocopie de pièce (document) au dossier	1 \$
<input type="checkbox"/> Envoi par courrier recommandé (les frais peuvent varier)	6 \$

JE VEUX LE DOCUMENT POUR MOI-MÊME

INFORMATIONS PERSONNELLES (obligatoire)

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____ (jour / mois / année)
Code permanent : _____
Adresse civique : _____
La demande sera traitée seulement si l'adresse postale est complète.
Adresse courriel : _____
Numéro de téléphone : _____

JE VEUX LE TRANSMETTRE À UN DESTINATAIRE

****Une transmission à un Centre de Services Scolaires (CSS) ou dans le réseau de la santé (CSSS), est seulement fait par la poste.**

Veillez vous assurer de bien inscrire les coordonnées de votre destinataire. Nous ne sommes pas responsables de la validité d'une adresse courriel ou de sa réception, ainsi que des délais postaux.

ORGANISME / INSTITUTION

Destinataire : _____
À l'attention de : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Province : _____
Code postal : _____
Adresse courriel (du destinataire) : _____
**Facultatif*

TRANSMISSION PAR LE BUREAU DE COOPÉRATION INTERUNIVERSITAIRE (BCI)

Il s'agit de transmettre un document à une autre université du réseau (UQ) ou un Ordre professionnel (OIQ, OIIQ). Dans le cas où votre destinataire n'est pas disponible dans le dépôt sécurisé BCI, nous transmettons vos documents par la poste. Si l'adresse n'est pas indiquée, nous envoyons le document à votre adresse postale et vous aurez le soin de le transmettre par vous-même.

Indiquer le destinataire BCI : _____

PROGRAMME(S) D'ÉTUDES CONCERNÉ(S) PAR LA DEMANDE (obligatoire) :

1- _____
2- _____
3- _____

NOMBRE DE COPIES DÉSIRÉES :

Papier : ____ Par courriel: (1,00 \$ supplémentaire)

Veillez vous assurer que vos coordonnées sont à jour en tout temps dans votre dossier étudiant. Vous pouvez modifier certaines informations par vous-même en vous connectant à votre portail symbiose.

***EN L'ABSENCE D'INFORMATION INDIQUÉE COMME OBLIGATOIRE, VOTRE DEMANDE NE SERA PAS TRAITÉE.**

Avant de cliquer sur ce bouton, vous devez préalablement avoir enregistré le document sur votre ordinateur ou votre appareil mobile. Et après avoir cliqué, aller sélectionner le fichier où vous l'avez enregistré.

CLIQUEZ ICI POUR ENVOYER

À L'USAGE DU BUREAU DU REGISTRAIRE

Coût de la demande : ____ Initiales de l'employé qui traite la demande: ____ Payé : ____
Poste ____ Courriel ____ En main ____ BCI ____