

## DEMANDE D'ADMISSION À L'EXAMEN POUR LE PERMIS D'INGÉNIEUR SPÉCIALISÉ EN FORCE MOTRICE

02/20

Nom		N° de permis		Classe	
Adresse postale	Numéro de voirie	Nom de rue	Municipalité	Province	Code Postal
Téléphone	Maison	Travail	Télécopieur		
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Courriel	

### PRÉCISEZ, À L'AIDE D'UN CROCHET, L'EXAMEN QUE VOUS DÉSIREZ SUBIR

Première classe	Deuxième classe	Troisième classe	Quatrième classe
<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A4 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B4	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
<b>Langue de préférence</b> <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> bilingue	<b>Emplacement préféré</b>	<input type="checkbox"/> Fredericton <input type="checkbox"/> Saint John <input type="checkbox"/> Bathurst <input type="checkbox"/> Autre _____ Date _____	
Participez-vous présentement aux sessions d'informations d'apprentissage en blocs? ou comme étudiant à plein temps?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Emplacement	Date	Signature de L'instructeur	

### À ÊTRE REMPLI PAR L'INGÉNIEUR SPÉCIALISÉ EN FORCE MOTRICE / OU L'INGÉNIEUR SPÉCIALISÉ EN FORCE FIXES QUI VOUS SUPERVISE

Nom de l'employeur					
Adresse postale	Numéro de voirie	Nom de rue	Municipalité	Province	Code Postal
Téléphone	Télécopieur	Lieu de l'usine			
Nombre de mois/années d'expérience de l'applicant	_____ Années    _____ Mois	Capacité nominale et thermies/heures			
Signature de l'ingénieur en chef spécialisé en force motrice		Téléphone	N° de permis	Date	
Décision de la commission d'examen	<input type="checkbox"/> Approuvé <input type="checkbox"/> Non approuvé <input type="checkbox"/> Examen nécessaire				
Signature		Date			

DIRECTIVES DE PAIEMENT	MODE DE PAIEMENT				
Modalité de paiement : * Chèque ou mandat Poste à l'ordre du "Ministre des Finances" * Carte de crédit (Visa ou MasterCard SEULEMENT).  <b>Droits à payer : 40,00 \$ par examen</b>	<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Mandat <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard N° de carte <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table> Date d'échéance <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 80px; height: 15px; vertical-align: middle; text-align: center;"> <tr> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table> Signature _____	Mois	Année		
Mois	Année				