

Association Étudiant(e)s Diplômé(e)s Graduate Students Association

DEMANDE DE SOUSCRIPTION – OPT-IN FORM 2010– 2011

S.V.P. IMPRIMER LISIBLEMENT / Please print clearly

Numéro d'étudiant(e) / Student Number: _____

Date de naissance (m/j/a) / Date of Birth (m/d/y): _____

Sexe / Gender : F M

Nom de famille / Last Name : _____

Prénom / First Name : _____

Adresse / Address : _____

Apt. _____

Ville, prov. / City, Province: _____

Code postal / Postal Code: _____

N° de téléphone / Phone Number : () _____

Courriel / E-mail : _____

Êtes-vous étudiant(e) à temps-partiel et désirez-vous vous inscrire? Oui
Are you a part-time student and wish to enrol yourself? YES

INSCRIPTION INDIVIDUELLE POUR ÉTUDIANT(E) À DISTANCE OU À TEMPS PARTIEL SINGLE OFF CAMPUS OR PART TIME STUDENT OPT-IN

****Si vous êtes étudiant(e) à distance ou à temps partiel, s.v.p. voir les frais ci-dessous. N.B. vous devez être assuré sous ce régime pour ajouter les membres de votre famille. / If you are an off campus or a Part-Time student, please see fees below. Note that you must have coverage for yourself to opt-in family members. ****

Santé/Health	<input type="checkbox"/>	\$239.37
Dentaire/Dental	<input type="checkbox"/>	\$219.28
Régime complet/Both	<input type="checkbox"/>	\$458.65

POUR AJOUTER UN OU DES DÉPENDANT(S), VEUILLEZ COMPLÉTER LE TABLEAU CI-DESSOUS FOR COUPLE OR FAMILY COVERAGE PLEASE FILL OUT THE TABLE BELOW

****Pour que cette couverture soit active, vous devez avoir payé tous vos frais universitaires incluant le régime des soins de santé/dentaire, sans exception. / Before this coverage can be activated, you must have paid all your university fees including the health/dental plan, no exceptions. ****

		<i>Dependant (max. 1)</i>		<i>Dependants (min. 2)</i>
Santé/Health	<input type="checkbox"/>	\$233.02	<input type="checkbox"/>	\$352.12
Dentaire/Dental	<input type="checkbox"/>	\$219.29	<input type="checkbox"/>	\$350.06
Régime complet/Both	<input type="checkbox"/>	\$452.31	<input type="checkbox"/>	\$702.18

***N.B. les personnes à charge n'incluent pas vos parents, frères ou sœurs. / Please note that dependants do not include parents or siblings.**

Nom de famille Last Name	Prénom First Name	Sexe Gender	Date de naissance Date of Birth	Lien (conjoint ou enfant) Relation (spouse or child)
			m/d/a m/d/y	
			m/d/a m/d/y	
			m/d/a m/d/y	
			m/d/a m/d/y	

***Veillez noter que le coût de dépendant(s) ou famille est additionnel au coût d'inscription pour un(e) d'étudiant(e). / Please note that dependant(s) and family health plan fees are in addition to the single student opt-in fee.**

▶▶ **Votre chèque doit être payable à/ Cheque must be made payable to : GSAED** ◀◀

DATE LIMITE POUR L'INSCRIPTION - AUTOMNE / FALL REGISTRATION DEADLINE – 29 OCTOBRE / OCTOBER 29, 2010
DATE LIMITE POUR L'INSCRIPTION - HIVER / WINTER REGISTRATION DEADLINE – 11 FÉVRIER / FEBRUARY 11, 2010

Signature GSAED	
	Date: _____