



Numéro étudiant: Student Number:			
Date de naissance (M/J/A) : Date of birth (M/D/Y):		Sexe : Gender:	
Prénom : First Name:			
Nom de famille : Last Name:			
Adresse : Address:			
Ville / Province : City / Province:		Code postale : Postal Code:	
Courriel : E-Mail:		Téléphone : Telephone:	

**POUR LES INDIVIDUS / FOR INDIVIDUALS**

À quel régime d'assurance voulez-vous adhérer? / For what coverage would you like to enroll?

- Santé (90\$) / Health (\$90)     Dentaire (110\$) / Dental (\$110)     Régime complet (200\$) / Both (\$200)

**AJOUTER UNE OU DES PERSONNE.S À CHARGE / ADD ONE OR MORE DEPENDANTS**

Ajoutez votre conjoint.e. / Add your spouse.

- Santé (+90\$) / Health (+\$90)     Dentaire (+110\$) / Dental (+\$110)     Régime complet (+200\$) / Both (+\$200)

Vous êtes parent seul.e et vous avez jusqu'à 2 enfants. / You are a single parent and you have up to 2 children.

- Santé (+80\$) / Health (+\$80)     Dentaire (+100\$) / Dental (+\$100)     Régime complet (+180\$) / Both (+\$180)

Soit ajoutez votre conjoint.e et vos enfants, soit ajoutez plus de 3 enfants. / Either add your spouse and your children or 3 children.

- Santé (+240\$) / Health (+\$240)     Dentaire (+300\$) / Dental (+\$300)     Régime complet (+540\$) / Both (+\$540)

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

Les personnes à charge n'incluent pas vos parents, frères ou sœurs. Le coût de dépendant.s ou famille est additionnel au coût d'inscription pour un.e étudiant.e.  
Dependants do not include parents or siblings. Dependants and family health plan fees are in addition to the single opt-in fee.

**DATE LIMITE** : Automne - 30 septembre 2015 / Hiver - 12 février 2016    **REGISTRATION DEADLINE**: Fall - September , 2015 / Winter - February 15, 2016

Signature

Date