Cette demande doit être déposée dans les 60 jours suivant la publication de la note d’examen dans COBA. Envoyer ce formulaire dûment rempli par courriel à [registrariat@enpq.gouv.qc.ca](mailto:registrariat@enpq.gouv.qc.ca) ou par télécopieur au **450** **680‑6818**. **Toute demande incomplète vous sera retournée.** L’École nationale des pompiers du Québec (ENPQ) étudiera la demande dans les 30 jours suivant sa réception, et communiquera officiellement sa décision au demandeur par la poste. **Cette décision est finale et sans appel**.

**Section 1 : – Renseignements sur l’identité du candidat** (écrire en lettres moulées)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de famille : | | | | | | | | Prénom(s) usuel(s) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Code permanent : | | | | | | Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : | | | | | | | | | | | | | | | | Sexe : | | F | | M |
| **Adresse du lieu de résidence permanent** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No civique : | | Rue : | | | | | | | | | | | App. : | | | | C.P. ou succursale ou route rurale : | | | | | | | | | |
| Municipalité/Ville : | | | | | | | | | | Province : | | | | | | | | | | Code postal : | | | | | | |
| Téléphone domicile : | | | | | Cellulaire : | | | | | | | | | Téléphone travaill : | | | | | | | | | | | Poste : | |
| Courrier électronique : | | | | | | | | | | | **IMPORTANT :** Indiquer **lisiblement** votre courrier électronique afin que nous puissions communiquer avec vous. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Statut d’emploi** (cocher les cases appropriées) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MRC de l’employeur : |  | | | | | | | | Municipalité de l’employeur : | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Pompier | | | | Officier | | | | | | | | | | | | Directeur | | | | | | | | | | |
| Volontaire | | | Temps partiel | | | | Permanent | | | | | | | | | | | | | | Non embauché | | | | | |
| Employeur admissible au Programme d’aide financière : | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | | Non | | | | | S. O. | | | |
| J’autorise l’École nationale des pompiers du Québec (ENPQ) à transmettre les informations contenues dans mon dossier au ministère de la Sécurité publique dans le cadre du Programme d’aide financière pour la formation des pompiers volontaires ou à temps partiel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Signature du candidat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date | | | | | | | |

**Section 2 : Paiement de la révision de note demandée à la Section 3** Frais : 95,75 $ + tx. (110,09**$ taxes incl**.) par dossier.

La facturation sera effectuée au moment du traitement de la révision.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A) Paiement effectué par un gestionnaire de formation, par bon de commande** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No du bon de commande : | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Code partenaire : | | |  | | | | | | Nom de la zone partenaire : | | |  | | | | | |
| Adresse complète : | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du gestionnaire : | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| No de téléphone : | | |  | | | | | | | | | | No de télécopieur : | | |  | |
| Courriel : |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Signature du gestionnaire de formation | | | | | | | | | | | | | | | Date | | |
| **B) Paiement effectué par le candidat – Autorisation de paiement par carte de crédit.** Les chèques personnels ne sont pas acceptés.  **IMPORTANT** : Le montant que vous autorisez à débiter sur votre carte de crédit doit **inclure les taxes**. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mode de paiement : | | Visa | | | | | Mastercard | | | | No de carte de crédit : | | |  | | | |
| Date d’expiration (MM-AA) : | | | | | |  | | | | | Code CSC (numéro de contrôle de 3 chiffres au dos de la carte) : | | | | | |  |
| Nom tel qu’il est indiqué sur la carte : | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts.  **AUTORISATION** – J’autorise l’ENPQ à débiter ma carte de crédit de      **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$** CA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Signature du titulaire de la carte de crédit | | | | | | | | | | | | | | | Date | | |

**Section 3 : Détails de la demande de révision de note**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Type d’examen : | Examen théorique | Examen pratique |
| Date de l’examen : |  | |
| Nom de l’examen : |  | |
| Lieu de l’examen : |  | |
| No de la demande d’examen : |  | |

**Section 4 : Justification de la demande de révision de note**

Veuillez indiquer de façon claire et précise les raisons qui, selon vous, justifient la présente demande de révision.

|  |
| --- |
|  |

**Section 4 : Réservé à l’ENPQ**

|  |  |
| --- | --- |
| Le résultat de la révision de note est :  **Cette décision est finale et sans appel.** | La note demeure ÉCHEC. |
| La nouvelle note est RÉUSSI. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Signature du responsable | Date |