



# Déclaration de fréquentation à temps plein d'un établissement d'enseignement

Pour pouvoir toucher une rente de survivant, les enfants âgés de 18 à 25\* ans doivent fréquenter à temps plein un établissement d'enseignement.

Remplissez ce formulaire pour confirmer que vous avez entre 18 et 25\* ans et que vous fréquentez un établissement d'enseignement à temps plein. Nous vous enverrons chaque année un nouveau formulaire que vous devez remplir et retourner à OMERS, pour continuer à toucher votre rente d'OMERS

\* Remarque : si le participant est décédé avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'admissibilité à cette prestation prend fin à l'âge de 21 ans.

Remplissez les sections 1, 2 et 3, puis demandez à l'établissement d'enseignement de remplir la section 4.

Après avoir rempli et signé le formulaire, veuillez l'envoyer à **OMERS, 1, avenue University, bureau 700, Toronto (Ontario) M5J 2P1** ou nous le **télécopier** au **416-369-9704** ou au numéro de télécopieur sans frais **1-877-369-9704**. En cas d'envoi par télécopieur, veuillez vérifier que votre numéro d'assurance sociale est bien indiqué à la partie supérieure de la deuxième page, et **ne postez pas l'original**.

**Les Sections 1, 2 et 3 doivent être remplies par l'étudiant.**

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANT

Numéro d'assurance sociale		Date de naissance (aa/mm/jj)	
Nom		Premier prénom	
Deuxième prénom			
Adresse (numéro et rue)		Ville	Province
Code postal			
Numéro de téléphone – le jour ( )		Nom de l'établissement d'enseignement	

Type d'inscription

A temps plein

Cours du soir  Autre *Pour les cours du soir, veuillez expliquer :*

Précisez

Qu'étudiez-vous?

Indiquez cours, diplôme ou faculté

Date de début et de fin de votre fréquentation courante de l'établissement

Début (aa/mm/jj)

Fin (aa/mm/jj)

Veuillez préciser la durée et les raisons de toutes les absences au cours de votre année scolaire courante et de l'année passée.

Signature de l'étudiant	Date (aa/mm/jj)
-------------------------	-----------------

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE TUTEUR

Nom	Premier prénom	Deuxième prénom
-----	----------------	-----------------

Votre tuteur touche-t-il une rente d'OMERS?

Non

Oui – Veuillez indiquer le numéro de référence attribué à votre tuteur par OMERS et son numéro d'assurance sociale

Numéro de référence d'OMERS

Numéro d'assurance sociale

RÉSERVÉ À OMERS

Numéro d'adhésion à OMERS

Numéro d'assurance sociale de l'étudiant (pour télécopie)
---

### 3. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT DÉCÉDÉ

Numéro d'assurance sociale		
Nom	Premier prénom	Deuxième prénom

Le défunt touchait-il une rente d'OMERS?

Non

Oui – Veuillez indiquer le numéro de référence d'OMERS du défunt

Numéro de référence d'OMERS
-----------------------------

La Section 4 doit être remplie par l'établissement d'enseignement.

### 4. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Nom de l'établissement				
Adresse (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal
Nom de la personne autorisée (en lettres moulées s.v.p.)			Titre	
Numéro de téléphone (       )	Numéro de télécopieur (       )			

#### Observations supplémentaires


Signature de la personne autorisée	Date (aa/mm/jj)
------------------------------------	-----------------