



Division of Licensing Services

État de New York
Département d'État
Division of Licensing Services
Boîte postale 22001
Albany, NY 12201-2001
Service à la Clientèle: (518) 474-4429
www.dos.ny.gov

Changement de Coiffeur Superviseur pour Apprenti Coiffeur

INSTRUCTIONS:

- **Apprenti Coiffeur:**

Ce formulaire doit être utilisé par un Apprenti Coiffeur pour signaler un changement de Coiffeur Superviseur au cours de son apprentissage. N'envoyez pas votre certificat d'inscription avec ce formulaire. Le coiffeur superviseur doit remplir et signer sa partie du formulaire et le renvoyer à la Division des Services de Licences. Veuillez noter que ce changement peut également être effectué par le biais de votre compte en ligne.

- **Coiffeur Superviseur**

Ce formulaire doit être utilisé par un Coiffeur Superviseur pour signaler qu'il ne supervise plus un apprenti coiffeur. Veuillez noter que ce changement peut également être effectué via votre compte en ligne.

Changement de coiffeur superviseur

Informations sur l'Apprenti Coiffeur

NOM	PRÉNOM	INITIALE DU DEUXÈME PRÉNOM	NUMÉRO D'IDENTIFICATION UNIQUE	
ADRESSE DU DOMICILE				
VILLE			ÉTAT	CODE POSTALE+4
ADRESSE ÉLECTRONIQUE			TÉLÉPHONE DE JOUR (FACULTATIF)	

Informations sur le Coiffeur Superviseur:

NOM:	PRÉNOM	INITIALE DU DEUXÈME PRÉNOM		
NUMÉRO D'IDENTIFICATION UNIQUE DU COIFFEUR				
ADRESSE ÉLECTRONIQUE			TÉLÉPHONE DE JOUR (FACULTATIF)	

Date du Changement de Coiffeur Superviseur:

Affirmation solennelle du Coiffeur Agréé Superviseur:

Je, soussigné (e), souscris et affirme sous peine de parjure, que le candidat nommé sera sous ma supervision et ma direction pendant son apprentissage de 24 mois, conformément aux dispositions de l'article 28 de la Loi Générale sur les Affaires et des règles et règlements promulgués en vertu de celle-ci (19 NYCRR).

SIGNATURE DU COIFFEUR AGRÉÉ SUPERVISEUR	DATE
---	------

Changement de Coiffeur Superviseur pour Apprenti Coiffeur

Résiliation de l'Apprentissage Coiffeur

Informations sur l'Apprenti Coiffeur:

NOM	PRÉNOM	INITIALE DU DEUXÈME PRÉNOM	NUMÉRO D'IDENTIFICATION UNIQUE
-----	--------	----------------------------	--------------------------------

ADRESSE DU DOMICILE

VILLE

ÉTAT

CODE POSTALE+4

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

TÉLÉPHONE DE JOUR (FACULTATIF)

Informations sur le Coiffeur Superviseur:

NOM	PRÉNOM	INITIALE DU DEUXÈME PRÉNOM
-----	--------	----------------------------

NUMÉRO D'IDENTIFICATION UNIQUE DU COIFFEUR

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

TÉLÉPHONE DE JOUR (FACULTATIF)

Date de résiliation de l'Apprenti Coiffeur:

Affirmation solennelle du Coiffeur Agréé Superviseur:

Je, soussigné, étais le coiffeur licencié superviseur de l'apprenti coiffeur nommé.

Je ne serai plus le coiffeur licencié superviseur.

SIGNATURE DU COIFFEUR AGRÉÉ SUPERVISEUR

DATE