

FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LA FORMATION CONTINUE FINANCÉE PAR EMPLOI-QUÉBEC

Nom de l'établissement de formation : _____
Titre de la formation : _____
Date de la formation : _____



Important : Sont exclus les travailleurs des ministères et organismes du gouvernement du Québec dont le personnel est nommé et rémunéré en vertu de la Loi sur la fonction publique du Québec, et le personnel des ministères et organismes du gouvernement fédéral.

Comment cette formation peut-elle améliorer votre situation d'emploi ? _____

BIEN VOULOIR FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse (no et rue) : _____ Municipalité : _____
Code postal : _____
Tél. : _____ Cell. : _____ Travail : _____
Courriel (résidence) : _____ Courriel (travail) : _____
Niveau d'études : secondaire collégial universitaire Domaine d'études : _____
Diplôme obtenu : Oui Non
Êtes-vous chef de famille monoparentale : Oui Non

2. SITUATION FACE AU MARCHÉ DU TRAVAIL

En emploi Nombre d'heures travaillées/sem. : _____
 Travailleur autonome
 Sans emploi

Titre de l'emploi occupé ou emploi recherché : _____
Nom de l'entreprise : _____
Secteur d'activité de l'entreprise : _____
Adresse de l'entreprise : no et rue : _____
municipalité : _____

S'agit-il : d'une entreprise privée à but lucratif d'un organisme à but non lucratif

De quelle façon avez-vous été informé de la tenue de cette activité de formation? (maximum de 2 choix)

<input type="checkbox"/> Journaux	<input type="checkbox"/> Médias sociaux de l'établissement d'enseignement	<input type="checkbox"/> Courriel/Infolettre établissement d'enseignement
<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Autres médias sociaux	<input type="checkbox"/> Autres courriels/Infolettre
<input type="checkbox"/> Publi-sac	<input type="checkbox"/> Site Web de l'établissement d'enseignement	<input type="checkbox"/> Organismes (CLE/écoles/employabilité)
<input type="checkbox"/> Amis/collègue/entreprise	<input type="checkbox"/> Autres sites Web	<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :

Souhaitez-vous être informé par courriel des prochaines formations : Oui Non

3. ATTESTATION ET SIGNATURE

J'atteste que tous ces renseignements sont exacts et j'autorise Emploi-Québec et l'établissement de formation offrant la mesure ci-dessus à s'échanger les renseignements personnels nécessaires à la réalisation et au suivi de ma participation à celle-ci.

Date

Validé par le représentant de l'établissement de formation

Signature

Date

version du 21 juin 2018

Remplir, signer, imprimer (8½ x 14) et nous retourner par courriel à : julie.loubier@csbe.qc.ca
ou par télécopieur au 418 226-2626

Avec la participation financière de :

