

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Activité financée par Services Québec

Nom de l'établissement de formation : _____

Titre de la formation : _____

Lieu de la formation : _____ Date de la formation : _____

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

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Elle améliorera mes compétences dans mon emploi actuel : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Elle m'aidera à trouver un nouvel emploi : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Elle m'aidera à développer mon entreprise actuelle : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Elle répondra à des besoins personnels : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

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.

➔ **Bien vouloir fournir tous les renseignements demandés** ⤵

Renseignements personnels

Nom : _____ Prénom : _____

Genre : Féminin Masculin Date de naissance : _____
Année Mois Jour

Veuillez indiquer les trois (3) premiers chiffres de votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

Municipalité : _____ Code postal : _____

Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Tél. travail : _____ Courriel : _____

Niveau d'études : Secondaire Collégial Universitaire Diplôme obtenu : Oui Non

Domaine d'études : _____

Situation face au marché du travail

Situation : En emploi Travailleur autonome Sans emploi

Titre de l'emploi occupé ou recherché : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____ h Date de début de l'emploi : _____ n/a
Année Mois Jour

Nom de votre employeur ou de votre entreprise : _____

Secteur d'activités de l'entreprise : _____

L'entreprise, il s'agit : d'une entreprise privée ou d'un organisme à but non lucratif (OSBL)

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

Question relative à l'activité de formation

De quelle façon avez-vous été informé(e) de la tenue de cette formation?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Annonce journal local | <input type="checkbox"/> Site Internet de l'établissement de formation | <input type="checkbox"/> Organismes (ex. : CLE, écoles) |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Autres sites Web : _____ | <input type="checkbox"/> Référé par Emploi-Québec |
| <input type="checkbox"/> Amis, collègues | <input type="checkbox"/> Infolettre / Courriel de l'établissement de formation | <input type="checkbox"/> Infolettre d'Emploi-Québec |
| <input type="checkbox"/> Employeur | <input type="checkbox"/> Autre infolettre / courriel : _____ | <input type="checkbox"/> Infolettre d'un partenaire |
| <input type="checkbox"/> Médias sociaux | | |

Je souhaite être informé par courriel des prochaines formations

J'atteste que tous ces renseignements sont exacts et j'autorise Services Québec et l'établissement de formation à s'échanger les renseignements personnels nécessaires à la réalisation et au suivi de ma participation à cette activité de formation (si vous cochez cette case, ceci fait office de signature électronique).

Signature de l'utilisateur : _____

Date : _____

Avec la participation financière de :

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

Québec 