

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

IMPORTANT : Sont exclus les étudiants à temps plein, les travailleurs des ministères et organismes financés par des fonds publics.

Nom de l'établissement de formation :

Titre de la formation :

Date de début :

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

BIEN VOULOIR FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom :

Prénom :

Sexe :

Féminin

Masculin

Date de naissance :

Adresse (no et rue) :

Ville ou Municipalité :

Code postal :

Tél. :

Cell. :

Travail :

Courriel

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

Aux études

Si vous êtes aux études actuellement, êtes-vous à temps complet ? : Oui Non

En emploi

Nombre d'heures travaillées/sem. :

Travailleur autonome

Sans emploi

Titre de l'emploi occupé ou
emploi recherché :

Si en emploi - Nom de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise : no et rue :

Ville ou Municipalité :

S'agit-il :

d'une entreprise privée

d'un organisme à but non lucratif

d'un organisme public ou parapublic

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

Journaux

Médias sociaux de l'établissement d'enseignement

Courriel/Infolettre établissement d'enseignement

Radio

Autres médias sociaux

Autres courriels/Infolettre

Publi-sac

Site Web de l'établissement d'enseignement

Organismes (CLE/écoles/employabilité)

Amis/collègue/entreprise

Autres sites Web

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.

Signature du client

Date

Validé par le représentant de l'établissement de formation

Signature du représentant de l'établissement

Date