

Nom de l'établissement de formation :

Titre de la formation :

Important : Ne sont pas admissibles à ce type de formation : les étudiants à temps plein et les employés des secteurs publics et parapublics.

Comment cette formation peut-elle améliorer votre situation d'emploi ? (À compléter obligatoirement):

**BIEN VOULOIR FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS :**

**1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Nom :  Prénom :

Date de naissance(jj/mm/aaaa) :  /  /

Adresse :

Courriel (résidence)  Courriel (travail)

No tél. [  ]  Travail [  ]

Domaine d'études :  Diplôme obtenu :  Oui  Non

**2. SITUATION FACE AU MARCHÉ DU TRAVAIL**

En emploi 15 heures et plus par semaine

Nom de l'entreprise :

Adresse :

Titre de l'emploi occupé :  Date de début d'emploi(mm/aaaa) :  /

Vous travaillez :  pour une entreprise privée  pour un organisme à but non lucratif

Vous êtes :  travailleur autonome  propriétaire de l'entreprise

Vous êtes :  travailleur saisonnier

Date prévue de retour au travail(jj/mm/aaaa)  /  /

**3. SITUATIONS PARTICULIÈRES FACE AU MARCHÉ DU TRAVAIL**

Sans emploi  En emploi moins de 15 heures par semaine  Retraité

Vous désirez retourner sur le marché du travail. Inscrivez le ou les emplois recherchés (À compléter obligatoirement):

**4. 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

/  /   
Date(jj/mm/aaaa)

Validé par le représentant de l'établissement de formation

Signature

/  /   
Date(jj/mm/aaaa)

Remettre ce formulaire dûment signé à l'établissement de formation avant le début de la formation.

**5. Section réservée à l'établissement**