

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LA FORMATION À TEMPS PARTIEL FINANCÉE PAR EMPLOI-QUÉBEC

Nom de l'établissement de formation :	Commission scolaire de la Côte-du-Sud - Le Service aux entreprises
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 :	Rue / App. / Ville / Code postal		
Courriel (résidence) :		Courriel (travail) :	
Tél. :		Cell. :	
		Travail :	
Scolarité (années) :		Diplôme obtenu :	Domaine d'études :
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

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

En emploi 15 heures et plus par semaine :	<input type="checkbox"/>	Date de début d'emploi :	
Titre de l'emploi occupé :			mois année
Nom de l'entreprise :			
Spécifiez la localité de l'entreprise :			
Vous travaillez pour une entreprise privée :	<input type="checkbox"/>	pour un organisme à but non lucratif :	<input type="checkbox"/>
Vous êtes :            travailleur autonome:	<input type="checkbox"/>	propriétaire de l'entreprise:	<input type="checkbox"/>
Vous êtes :            travailleur saisonnier:	<input type="checkbox"/>		

**3. SITUATION PARTICULIÈRE FACE AU MARCHÉ DU TRAVAIL**

<input type="checkbox"/>	Sans emploi	<input type="checkbox"/>	En emploi moins de 15 heures par semaine
<input type="checkbox"/>	Chef de famille monoparentale et sans emploi		

Vous désirez retourner sur le marché du travail. Inscrivez le ou les emplois recherchés :

De quelle façon avez-vous été informé de la tenue de cette activité de formation ?

**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.*

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Signature	Date
<input type="checkbox"/>	Validé par le représentant de l'établissement de formation	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Signature	Date