

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

Nom de l'établissement de formation : Commission scolaire de la Côte-du-Sud - 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 : Municipalité :

Adresse (no et rue) : 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.

Signature

Date

Validé par le représentant de l'établissement de formation

Signature

Date