

Titre de la formation \_\_\_\_\_

Établissement de formation \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Veuillez répondre en lettres moulées)**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Numéro Rue App. Ville Code postal

Courriel \_\_\_\_\_

Téléphone : Rés. [ ] \_\_\_\_\_ Travail [ ] \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

Nombre d'années de scolarité \_\_\_\_\_ Diplôme obtenu : Oui  Non

Titre du diplôme ET domaine de spécialisation \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_ Sexe : F  M  Né au Canada : Oui  Non

**IMPORTANT**

Le cours auquel vous vous inscrivez est financé par Emploi-Québec, ce qui en explique le coût peu élevé. Si, pour une raison ou pour une autre, vous décidez d'annuler votre participation à ce cours, veuillez en aviser l'établissement le plus rapidement possible afin que quelqu'un d'autre puisse en profiter.

Une fois inscrit, le participant s'engage à être présent tout au long de la formation. L'établissement se réserve le droit d'annuler la participation de quiconque s'absente sans motif valable. De plus, il pourra exiger qu'un participant ait assisté à un certain pourcentage des cours pour lui remettre une attestation de formation. Ces mesures visent à assurer le bon fonctionnement des groupes et à favoriser un meilleur apprentissage.

**VOUS DEVEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.  
SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT ET NE PAS MODIFIER LE FORMULAIRE. MERCI!**

**RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS (Veuillez répondre en lettres moulées)**

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Numéro Rue App. Ville Code postal

Titre de l'emploi \_\_\_\_\_

Vous êtes : travailleur autonome  salarié

À temps plein  À temps partiel  Saisonnier avec un lien d'emploi  CSST  SAAQ

Spécifier le nombre d'heures par semaine \_\_\_\_\_

Cette formation est-elle en lien avec :

- votre domaine d'études Oui  Non   
- votre emploi actuel Oui  Non

Cette formation peut-elle améliorer votre situation d'emploi? Oui  Non

Si oui, vous devez nous expliquer comment.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'ai entendu parler de ce cours par :

Journal (préciser) \_\_\_\_\_ Personnel d'Emploi-Québec \_\_\_\_\_

Site Web d'Emploi-Québec \_\_\_\_\_ Collègues de travail \_\_\_\_\_

Site Web de l'établissement \_\_\_\_\_ Amis/Famille \_\_\_\_\_

montezdeniveau.ca \_\_\_\_\_ Autre (préciser) \_\_\_\_\_

J'atteste que tous ces renseignements sont exacts et j'autorise Emploi-Québec et l'établissement de formation offrant le cours ci-dessus à s'échanger les renseignements personnels nécessaires à la réalisation et au suivi de ma participation à celui-ci.

Signature

Date