

FORMATION À TEMPS PARTIEL
(Formulaire d'inscription)

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

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