

FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LA FORMATION CONTINUE FINANCÉE PAR SERVICES QUÉBEC

IMPORTANT : Sont exclus les étudiants à temps plein, les travailleurs des ministères et organismes financés par des fonds publics.

Nom de l'établissement de formation :

Titre de la formation :

Date de début :

Comment cette formation peut-elle améliorer votre situation d'emploi ?

MERCI DE BIEN VOULOIR FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom :

Prénom :

Sexe:

Féminin

Masculin

Date de naissance :

Adresse (no et rue) :

Code postal :

Ville ou Municipalité :

Travail :

Tél. :

Cell. :

Courriel :

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

Travailleur autonome

Sans emploi

Nombre d'heures travaillées/sem. :

Titre de l'emploi occupé ou emploi recherché :

Si en emploi - Nom de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :no et rue :

Ville ou Municipalité :

S'agit-il :

d'une entreprise privée

d'un organisme à but non lucratif

d'un organisme public ou parapublic

De quelle façon avez-vous été informé de la tenue de cette activité de formation? (maximum de 2 choix)

Journaux

Autres médias sociaux

Autres courriels/Infolettre

Radio

Site Web FP Outaouais

Organismes (CLE/écoles/employabilité)

Amis/collègue/entreprise

Autres sites Web

Autres (précisez) :

Médias sociaux FP Outaouais

Infolettre FP Outaouais

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 Services 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. Je confirme également avoir été informé de la politique d'annulation de FP Outaouais dans laquelle un délai de dix (10) jours ouvrables est exigé pour annuler ma participation sans pénalité.

Signature

Validé par le représentant de l'établissement de formation

Signature

Date

Date