

FORMULAIRE D'INSCRIPTION
Activité financée par Services Québec

Nom de l'établissement de formation : Service aux entreprises de la Côte-du-Sud

Titre de la formation : _____

Lieu de la formation : _____ Date de la formation : _____

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

<input type="radio"/> Elle améliorera mes compétences dans mon emploi actuel :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Elle m'aidera à trouver un nouvel emploi :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Elle m'aidera à développer mon entreprise actuelle :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Elle répondra à des besoins personnels :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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.

➔ Bien vouloir fournir tous les renseignements demandés ➔

Renseignements personnels		
Nom : _____	Prénom : _____	
Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance : _____ <small>Année Mois Jour</small>	
Veuillez indiquer les trois (3) premiers chiffres de votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____		
Adresse : _____	Appartement : _____	
Municipalité : _____	Code postal : _____	
Tél. maison : _____	Cellulaire : _____	
Tél. travail : _____	Courriel : _____	
Niveau d'études : <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire	Diplôme obtenu : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Domaine d'études : _____		
Situation face au marché du travail		
Situation : <input type="checkbox"/> En emploi <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Sans emploi		
Titre de l'emploi occupé ou recherché : _____		
Nombre d'heures travaillées par semaine : _____ H	Date de début de l'emploi : _____ <small>Année Mois Jour</small> n/a <input type="checkbox"/>	
Nom de votre employeur ou de votre entreprise : _____		
Secteur d'activité de l'entreprise : _____		
L'entreprise, il s'agit : <input type="checkbox"/> d'une entreprise privée ou <input checked="" type="checkbox"/> d'un organisme à but non lucratif		
Adresse : _____	Code postal : _____	
Municipalité : _____	Téléphone : _____	
Question relative à l'activité de formation		
De quelle façon avez-vous été informé(e) de la tenue de cette formation?		
<input type="checkbox"/> Annonce journal local	<input type="checkbox"/> Site Internet de l'établissement de formation	<input type="checkbox"/> Organismes (ex. : CLE, écoles)
<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Autres sites Web : _____	<input type="checkbox"/> Référé par Services Québec
<input type="checkbox"/> Amis, collègues	<input type="checkbox"/> Site Internet de l'établissement de formation	<input type="checkbox"/> Infolettre de Services Québec
<input type="checkbox"/> Employeur	<input type="checkbox"/> Autres Infolettre / courriel : _____	<input type="checkbox"/> Infolettre d'un partenaire
<input type="checkbox"/> Médias sociaux		

Je souhaite être informé par courriel des prochaines formations.

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

Inscription reçue par internet

ou
Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____