

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 ainsi que les employés des secteurs publics, parapublics, municipaux et scolaires.**

**MERCI DE FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS**

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse résidence : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

No tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Domaine d'études : \_\_\_\_\_ Diplôme obtenu : Oui Non

**SITUATION FACE AU MARCHÉ DU TRAVAIL**

En emploi

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

No tél. \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Titre de l'emploi occupé : \_\_\_\_\_

Comment cette formation peut-elle améliorer votre situation d'emploi ? (À compléter obligatoirement)

Travailleur autonome

Sans emploi

Si vous désirez retourner sur le marché du travail. Inscrivez le ou les emplois recherchés (À compléter obligatoirement)

**ATTESTATION ET SIGNATURE**

*J'atteste que tous les renseignements ci-dessus 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.*

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Validé par le représentant de l'établissement de formation.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Remettre ce formulaire dûment signé à l'établissement de formation avant le début de la formation.

**SECTION RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT**