

Inscription

Formation continue



Nom : Prénom :
Courriel : Téléphone :
Entreprise :
Adresse de l'entreprise :
Ville : Code Postal :
Fonction au sein de l'entreprise :
Votre entreprise est-elle assujettie à la *Loi sur les compétences* (masse salariale annuelle supérieure à 2 million\$) ? Oui Non

Indiquez à quelle(s) formation(s) vous désirez vous inscrire

Code de la formation	Date	Prix
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sous-total :		<input type="text"/>
TPS (5%)		<input type="text"/>
TVQ (9.975%)		<input type="text"/>
Total :		<input type="text"/>

Paiement : Visa MasterCard

de la carte : Date d'expiration :

Code de sécurité (CVC2 / CVV2) :

Nom de détenteur de la carte :

Adresse du détenteur de la carte (si différente de l'adresse de l'entreprise) :

Ville : Code Postal :

J'autorise l'ADISQ à prélever sur ma carte de crédit la somme indiquée à la ligne « Total », servant à couvrir les frais d'inscription reliés à mon choix de cours.

Veillez retourner ce formulaire d'inscription et la fiche du participant dûment remplis:

* Par télécopieur au 514-842.7762 ou par courriel à courrier@adisq.com

Attention : Si vous êtes dans l'impossibilité de participer à la formation à laquelle vous êtes inscrit, il vous sera possible d'annuler afin de donner la chance à une autre personne de suivre la formation. Votre demande d'annulation doit être présentée par écrit à l'ADISQ :

- 72 heures avant le début du cours = remboursement complet des frais d'inscription ;
- Moins de 72 heures avant le début du cours ou après le début des cours = aucun remboursement. Le total des frais sera retenu par l'ADISQ pour couvrir les frais d'administration.

Fiche du participant

Nom de l'organisme			
Titre du Projet			Numéro de projet :
Nom de famille à la naissance :		Prénom :	
Date de naissance :	NAS :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Adresse permanente :			
Ville :			Code postal :
Téléphone : ()		Téléphone travail : ()	Autre : ()
Citoyenneté :	<input type="checkbox"/> Canadienne	<input type="checkbox"/> Immigrant reçu	<input type="checkbox"/> Autre citoyenneté : _____
Langue parlée :	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Langue écrite :	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Êtes-vous une personne handicapée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Êtes-vous une personne chef de famille monoparentale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Situation sur le marché du travail	Type de prestation, s'il y a lieu
1. En emploi à temps plein <input type="checkbox"/>	5. Prestataire de l'assurance-emploi <input type="checkbox"/>
2. En emploi à temps partiel <input type="checkbox"/>	6. Prestataire de la sécurité du revenu <input type="checkbox"/>
3. Travailleur autonome ou pigiste <input type="checkbox"/>	7. Autre prestation ___ <input type="checkbox"/>
4. Sans emploi et à la recherche d'un emploi <input type="checkbox"/>	8. Sans revenu <input type="checkbox"/>

Titre du poste actuel ou le plus récent	Nom de l'employeur	Type d'entreprise	Durée

Titre du poste occupé le plus souvent au cours de vos expériences de travail :

Nombre total d'années de scolarité :	Dernier niveau réussi :	Année :	Spécialisation :
Relève <input type="checkbox"/>	Gestionnaire <input type="checkbox"/>		

Section B – Situation actuelle

- En emploi à temps plein** : L'individu occupe un emploi salarié au moment de sa participation à l'activité et travaille habituellement **30 heures ou plus par sem.**
- En emploi à temps partiel** : L'individu occupe un emploi salarié au moment de sa participation et travaille habituellement **moins de 30 heures par semaine.**
- Travailleur autonome ou pigiste** : L'individu travaille à son compte au moment de participer à l'activité.
- Sans emploi et à la recherche d'un emploi** : L'individu est sans emploi au moment de sa participation à l'activité mais est à la recherche d'un emploi.
- Prestataires de l'assurance-emploi** : L'individu est prestataire de l'assurance-emploi au moment de sa participation à l'activité.
- Prestataires de la sécurité du revenu** : L'individu est prestataire de la sécurité du revenu au moment de sa participation à l'activité.
- Autre prestation** : L'individu est au moment de sa participation prestataire d'une autre source que l'Assurance-emploi ou la Sécurité du revenu; préciser le cas échéant
- Sans revenu** : L'individu ne reçoit au moment de sa demande d'aide aucun revenu, i.e. ni salaire ni prestation.

Les items 1 à 4 sont exclusifs; un seul de ces items doit être coché; les items 5 à 8 peuvent être cochés en même temps que l'un ou l'autre des items 1 à 4.

Section C – Emploi actuel et autres expériences de travail **Durée** : Inscrire le nombre d'années ou de mois.

Section D – Scolarité
Nombre d'années de scolarité : Inscrire le nombre total d'années de scolarité terminées. **Dernier niveau réussi et année** : Inscrire le dernier niveau de scolarité réussi (par exemple : Secondaire général 2, collégial professionnel 3, Université 3, etc...) et en quelle année. **Spécialisation** : Inscrire le métier ou la profession apprise.

Section E- Clientèle Cible
 Le nouveau cadre de reddition de comptes communiqué par la Direction du développement des compétences et de l'intervention sectorielle au Conseil québécois des ressources humaines en culture exige que les orientations de la Commission des partenaires du marché du travail relatives aux clientèles cibles soient documentées, de même que soit relevée la participation des gestionnaires aux formations continues. Cocher la case appropriée.

Relève (R) : Personne qui compte un maximum de cinq années d'expérience dans le secteur culturel.

Gestionnaire (G) : Personne qui administre les biens et les affaires d'une entreprise, d'un organisme ou d'une autre entité.

J'autorise Emploi-Québec à échanger des renseignements personnels me concernant avec l'établissement de formation ou l'organisme qu'il mandate dans la mesure où ces renseignements sont nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également Emploi-Québec à communiquer avec moi aux fins de suivi ou d'évaluation en vue d'obtenir des renseignements sur ma situation sur le marché du travail pour une période n'excédant deux (2) ans après la fin de la présente activité.

Signature	Date
-----------	------