

Nom de l'établissement de formation : Collège O'Sullivan de Québec

Titre de la formation : _____

Session : Printemps 2024 *Remboursement en cas d'annulation de la formation par le Collège;
Aucun remboursement si annulation par le participant.*

Important : Ne sont pas admissibles à ce type de formation les étudiants à temps plein, les personnes sans emploi 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

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