

**TITRE DE LA
FORMATION
(COURS /
ATELIER)**

SECTION 1

☐ **CENTRE LOCAL D'EMPLOI : VILLE / AGENT(E) :** _____ ☐ **URGENCE**

NOM DE FAMILLE : _____ **PRÉNOM :** _____

DATE DE NAISSANCE : (____ / ____ / ____) **SEXE :** ☐ M ☐ F
AAAA MM JJ

ADRESSE : _____
NO. RUE APP.
C.P. (S'IL Y A LIEU) VILLE CODE POSTAL

TÉLÉPHONE : 1. _____ 2. _____ 3. _____

ADRESSE COURRIEL : _____

TITRE D'EMPLOI EXERCÉ : _____ **NOM DE L'EMPLOYEUR :** _____

CONTACT D'URGENCE : _____
NOM PRÉNOM LIEN TÉLÉPHONE

→ **SIGNATURE :** _____ **DATE :** _____

SECTION 2

SI VOUS DÉSIREZ QUE LE REÇU DE FACTURATION SOIT ÉMIS AU NOM D'UNE ENTREPRISE OU D'UN ORGANISME, VEUILLEZ REMPLIR LES INFORMATIONS SUIVANTES :

NOM DE L'ENTREPRISE OU DE L'ORGANISME : _____

ADRESSE DE L'ENTREPRISE OU DE L'ORGANISME :

NO. RUE APP.
C.P. (S'IL Y A LIEU) VILLE CODE POSTAL

SECTION 3

RÉPONDANT

MOINS DE 18 ANS SEULEMENT, INFORMATIONS DU RÉPONDANT :

☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ AUTRE : _____

NOM PRÉNOM TÉLÉPHONE

ADRESSE (SI ELLE DIFFÈRE DE L'ADRESSE INSCRITE À LA SECTION 1)

→ **SIGNATURE DU RÉPONDANT :** _____ **DATE :** _____
(SEULEMENT POUR LA PERSONNE ÂGÉE DE MOINS DE 18 ANS)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

TITRE DE LA FORMATION (COURS / ATELIER) : _____ DATE DE DÉBUT : _____ FIN : _____

HORAIRE : ☐ JOUR ☐ SOIR ☐ L ☐ M ☐ ME ☐ J ☐ V ☐ S ☐ D DE ____ H ____ À ____ H ____

LIEU DE FORMATION : _____

FORMATEUR(S) : _____

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION (SIGNATURE) : _____

SECTEUR D'ACTIVITÉ : _____ # COURS : _____ MRC : _____

PAIEMENT : _____ ARGENT : _____ INTERACT : _____ CHÈQUE : _____ AUTRE : _____ # REÇU : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DE L'ÉLÈVE : | | | | | | | | | |