

FORMATION À TEMPS PARTIEL

Formulaire d'inscription

Détails concernant la formation

| | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Titre de l'activité de formation : | AWS Cloud Foundations |
| Durée de l'activité : | 20 h |
| Institution de formation : | Champlain College Saint-Lambert |

Renseignements personnels

| | | |
|-----------|----------|---------------------|
| Nom : | Prénom : | Date de naissance : |
| Adresse : | | |

Situation sur le marché du travail

| | |
|---|---|
| Occupez-vous un emploi ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Si vous n'êtes pas en emploi actuellement , qu'est-ce qui vous amène à vouloir suivre cette formation? | |
| Si vous êtes en emploi actuellement : | |
| - Est-ce, dans une entreprise privée? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Est-ce dans un organisme sans but lucratif? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - À votre compte? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Quel est le nom de votre employeur actuel ou de votre entreprise? | |
| Dans quelle localité est située l'entreprise? | |
| Quel est le secteur d'activité de l'entreprise? | |
| Titre de l'emploi occupé? | Salaire horaire (à votre discrétion) ? |
| Quelle est la date de début de l'emploi (mois et année) ? | |
| Quel est le nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine? | Heures/semaine |

Questions relatives à l'activité de formation

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Précisez en quoi cette formation peut vous permettre d'améliorer votre situation d'emploi | | |
| Elle augmente mes chances de me maintenir en emploi : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Elle me permet de développer des compétences clés : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Elle favorise mon avancement professionnel : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Elle aidera l'entreprise pour laquelle je travaille : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Elle favorisera la compétitivité de l'entreprise pour laquelle je travaille, l'aidera à utiliser de nouvelles technologies ou l'aidera à développer éventuellement de nouveaux marchés : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Autre, précisez : | | |

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

Signature du participant : _____

Date : _____