

FORMATION À TEMPS PARTIEL

Formulaire d'inscription

Détails concernant la formation

Titre de l'activité de formation :	AWS Cloud Operations
Durée de l'activité :	42 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 : _____