

Afin de valider votre inscription, veuillez remplir la feuille ci-jointe et la faxer au 450-742-7442, merci

## FORMATION À TEMPS PARTIEL Formulaire d'inscription

Titre de l'activité de formation :	Conversation anglaise « Business Café »
Durée de l'activité :	11 semaines
Institution de formation :	Tercera multilinguisme professionnel inc.

### Renseignements personnels :

Nom, Prénom :	
Adresse, appartement, code postal	
Téléphone :	
Courriel :	

### Situation sur le marché du travail :

Vous occupez un emploi : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans une entreprise privée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	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"/>
Le nom de votre employeur actuel ou de votre entreprise :	
Localité :	
Secteur d'activité de l'entreprise :	
Titre de l'emploi ou du poste occupé :	
Date de début d'emploi :	
Vous travaillez à temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/>	

### 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"/>

J'atteste que tous ces renseignements sont exacts. J'autorise la CCI Sorel-Tracy 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 de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_