

FORMULAIRE D'INSCRIPTION



ICI, 999, avenue Émile-Journault Est, Montréal (Québec) H2M 2E2
 Téléphone 514 389-5061 Télécopieur 514 389-5840
 Courriel seminaire@i-ci.ca Site internet www.i-ci.ca

COURS DE PERFECTIONNEMENT À TEMPS PARTIEL

Nom du centre de formation :

**Institut des communications graphiques
et de l'imprimabilité**

TITRE DE LA FORMATION :

DATE DE LA FORMATION :

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (VEUILLEZ RÉPONDRE EN LETTRES MOULÉES)

Nom : _____ Prénom : _____

Courriel : _____

Adresse : _____

| NUMÉRO | RUE | APP. | VILLE | CODE POSTAL |
|----------------------|-----|-------------|-------|-------------|
| Téléphone : Rés. () | | Travail () | | Poste |

Nombre d'années de scolarité : _____ Diplôme obtenu : Oui Non

TITRE DU DIPLÔME ET DOMAINE DE SPÉCIALISATION OU D'ÉTUDE (OBLIGATOIRE) : _____

Âge : _____ Sexe : F M Né au Canada : Oui Non **IMPORTANT**

Le cours auquel vous vous inscrivez est financé par le Gouvernement du Québec, ce qui en explique le coût peu élevé. Si, pour une raison ou pour une autre, vous décidez d'annuler votre participation à ce cours, **veuillez en aviser l'ICI le plus rapidement possible** afin que quelqu'un d'autre puisse en profiter.

Une fois inscrit, **le participant s'engage à être présent tout au long de la formation**. L'ICI se réserve le droit d'annuler la participation de quiconque s'absente sans motif valable. De plus, il délivrera une attestation de formation uniquement aux participants ayant assisté à un certain pourcentage des cours. Ces mesures visent à assurer le bon fonctionnement des groupes et à favoriser un meilleur apprentissage.

VOUS DEVEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS. SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT ET NE PAS MODIFIER LE FORMULAIRE. MERCI!

Veuillez retourner le formulaire complété par courriel à : seminaire@i-ci.ca

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS (VEUILLEZ RÉPONDRE EN LETTRES MOULÉES)

Vous êtes : salarié travailleur autonome sans emploi

Renseignements sur votre employeur actuel ou, si vous êtes sans emploi, votre dernier employeur :

Nom de l'entreprise : _____

Adresse : _____

| NUMÉRO | RUE | APP. | VILLE | CODE POSTAL |
|---|-----|------|-------|---|
| TITRE DE L'EMPLOI (OBLIGATOIRE) : _____ | | | | À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> |

Recevez-vous des prestations de la CNESST? Oui Non Recevez-vous des prestations de la SAAQ? Oui Non

Cette formation est-elle en lien avec :

· votre domaine d'études Oui Non · votre emploi actuel Oui Non · votre dernier emploi (si vous êtes sans emploi) Oui Non Cette formation peut-elle améliorer votre situation d'emploi? Oui Non Si oui, **vous devez nous expliquer comment** : _____

J'ai entendu parler de ce cours par :

ICI - Site web/infolettre Personnel du Gouvernement du Québec Site web d'Emploi-Québec Collègues de travail Amis/Famille montezdeniveau.ca Journal (préciser) _____ Autre (préciser) _____

PAIEMENT

Visa MasterCard Signature : _____

Montant : _____ Numéro de la carte : _____ Expiration : _____ CVV* : _____

* Le Code de vérification de la carte (CVV) est imprimé sur les cartes de crédit pour mieux sécuriser vos transactions en ligne. Il est situé à l'endos de votre carte.

J'atteste que tous ces renseignements sont exacts et j'autorise la Direction régionale de Services Québec de l'Île-de-Montréal et l'établissement de formation offrant le cours ci-dessus à s'échanger les renseignements personnels nécessaires à la réalisation et au suivi de ma participation à celui-ci.

SIGNATURE (OBLIGATOIRE) : _____ DATE : _____