

# Fiche du participant

Nom de l'organisme <			
Titre du Projet <			Numéro de projgv"<
A) RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
Nom de famille à la naissance :		Prénom :	
Date de naissance :		Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	
Adresse permanente :			
Ville :		Code postal :	
Téléphone/cellulaire : (    )		Téléphone travail : (    )	
Autre Courriel : : (    )			
Citoyenneté :	<input type="checkbox"/> Canadienne	<input type="checkbox"/> Immigrant reçu	<input type="checkbox"/> Autre citoyenneté : _____
Langue parlée :	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Langue écrite :	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Êtes-vous une personne handicapée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Êtes-vous une personne chef de famille monoparentale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Important : Ne sont pas admissibles à ce type de formation : les étudiants à temps plein et les employés des secteurs publics et parapublics.

B) SITUATION ACTUELLE	
Vous êtes artiste <input type="checkbox"/> Oui	
Vous êtes travailleur culturel/gestionnaire <input type="checkbox"/> Oui	
Relève <input type="checkbox"/> Oui	
(5 ans et moins de pratique professionnelle)	
Situation sur le marché du travail en lien avec la formation	
Type de prestation, s'il y a lieu	
1. Salarié à temps plein (30h et plus par semaine) <input type="checkbox"/>	5. Prestataire de l'assurance-emploi <input type="checkbox"/>
2. Salarié à temps partiel (entre 15 et 30h par semaine) <input type="checkbox"/>	6. Prestataire de la sécurité du revenu <input type="checkbox"/>
3. À son compte (Travailleur autonome, pigiste, entrepreneur indépendant) <input type="checkbox"/>	7. Autre prestation _____ <input type="checkbox"/>
4. Sans emploi et à la recherche d'un emploi <input type="checkbox"/>	8. Sans revenu <input type="checkbox"/>

C) EMPLOI ACTUEL ET EXPÉRIENCES DE TRAVAIL			
Emplois ou expériences de travail en lien avec la formation	Nom de l'employeur	Type d'entreprise	Durée Indiquer années ou mois

D) SCOLARITÉ			
Types de diplômes acquis	Niveau réussi :	Année :	Spécialisation :
J'atteste que tous ces renseignements sont exacts et j'autorise Emploi-Québec et l'organisme de formation offrant la mesure ci-dessus à s'échanger les renseignements personnels nécessaires à la réalisation et au suivi de ma participation à celle-ci.			
Signature		Date	