**CEPN - Programme Connexion compétences 2023-2024**

**Date limite : 14 juillet 2023**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informations du jeune** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prénom** |  | | | | | | | | **Nom de famille** | | |  | | | |
| **Adresse** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ville** |  | | | | | | | | **Code postal** | | |  | | | |
| **Tél.** |  | | | | | | | | **Courriel** | | |  | | | |
| **Nom de la communauté** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Date de naissance** **(AA-MM-JJ)** | |  | | | | | | | **Êtes-vous membre enregistré de la bande** OUI NON | | | | | | |
| **Numéro de bande :** | | | | | | |
| **Placement de travail TIC** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l’employeur | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Superviseur/Mentor | | Nom : | | |  | | | | | | | | | | |
| Tel. | | |  | | | | | | Courriel | | |  | |
| Période d’emploi | | Début | | |  | | | | | | Fin | | |  | |
| **Profil personnel** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Langue officielle | | | Français Anglais | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous un handicap? | | | Oui Non | | | | | | | | | | | | |
| **Situation d’emploi actuelle :**  Sans emploi  Sous-employé | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Plus haut niveau d’éducation atteint** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secondaire II (8e année) ou moins | | | | | | |  | Des études collégiales | |  | | | Des études de 1er cycle | |  |
| Entre secondaire III et secondaire V | | | | | | |  | DEC | |  | | | Baccalauréat | |  |
| DES | | | | | | |  | Certificat | |  | | | Études de 2e cycle | |  |
| **Au début du placement de travail, recevrez-vous de l’assurance-emploi?**  Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Je suis prêt à voyager, et j’ai deux pièces d’identité avec photo valides.**  Oui  Non  (expliquez pourquoi) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Déclaration du jeune (les renseignements fournis sont complets et exacts au meilleur de ma connaissance)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Votre nom en lettres moulées* | | | | | |  | | | | | | | | | |
| *Signature (du jeune)* | | | | | |  | | | | | | | | | |
| *Date : (AA-MM-JJ)* | | | | | |  | | | | | | | | | |

Veuillez retourner ce formulaire par courriel ou par télécopieur.

**Courriel** : [nbrunelle@cepn-fnec.com](mailto:nbrunelle@cepn-fnec.com) **Télécopieur** : 418 842-9988