



FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU CLIENT

A. IDENTIFICATION					
PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE DU CLIENT					SEXE : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
No. CIVIQUE, RUE, No. D'APPARTEMENT, VILLE, PROVINCE, CODE POSTAL					
No. DE TÉLÉPHONE MAISON:		No. DE CELLULAIRE :		No. D'URGENCE :	
DEPUIS QUAND VIVEZ-VOUS EN MILIEU URBAIN : (jour/mois/an)			RAISON :		
NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE :			ADRESSE COURRIEL :		
DATE DE NAISSANCE (jr/mois/année):		ÂGE :	NUMÉRO DE BANDE :	NATION :	
COMMUNAUTÉ :			STATUS : INDIEN INSCRIT <input type="checkbox"/> MÉTIS <input type="checkbox"/> INDIEN NON- INSCRIT <input type="checkbox"/> INUIT <input type="checkbox"/>		
ÉTAT CIVIL :	CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/>	CONJOINT DE FAIT <input type="checkbox"/>	DEPUIS : _____	SÉPARÉ (E) <input type="checkbox"/>	
	DIVORCÉ (E) <input type="checkbox"/>	VEUF (VE) <input type="checkbox"/>	MARIÉ (E) <input type="checkbox"/>	MONOPARENTAL <input type="checkbox"/>	
B. NOMBRE DE PERSONNE (S) À VOTRE CHARGE <small>COPIE DE LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE, CERTIFICAT DE NAISSANCE OU PREUVE D'ALLOCATION FAMILIALE À FOURNIR</small>					
NOM DE LA PERSONNE À CHARGE		LIEN DE PARENTÉ		DATE DE NAISSANCE	ÂGE
C. MOBILITÉ			D. LANGUES DE COMMUNICATION		
PERMIS DE CONDUIRE :		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	FRANÇAIS PARLÉ <input type="checkbox"/>	FRANÇAIS ÉCRIT <input type="checkbox"/>
POSSÉDEZ-VOUS UN VÉHICULE :		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	ANGLAIS PARLÉ <input type="checkbox"/>	ANGLAIS ÉCRIT <input type="checkbox"/>
CLASSE DE PERMIS DE CONDUIRE :			AUTRE :		
E. SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE DU CLIENT					
PRESTATION D'ASSURANCE EMPLOI		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	BOURSE D'ÉTUDE	
AIDE SOCIALE		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	PENSION ALIMENTAIRE	
SANS REVENU		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	CNESST	
TRAVAILLEUR AUTONOME		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	AUTRE :	
EN EMPLOI (1 CHOIX À COCHER) :		(1 CHOIX À COCHER)			
TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/> OU TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/>		PERMANENT <input type="checkbox"/>	CONTRACTUEL <input type="checkbox"/>	SUR APPEL <input type="checkbox"/>	SAISONNIER <input type="checkbox"/>
REVENU DU CONJOINT :		EN EMPLOI <input type="checkbox"/>	ASSURANCE-EMPLOI <input type="checkbox"/>	AIDE SOCIALE <input type="checkbox"/>	SANS REVENU <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>
F. EXPÉRIENCE DE TRAVAIL ANTÉRIEUR					
NOM DE L'EMPLOYEUR		TITRE DU POSTE		Date de début (jour/mois/année)	Date de fin (jour/mois/année)
1-					
2-					
3-					
G. ÉDUCATION ACADÉMIQUE & FORMATION					
NIVEAU	NOM DE L'ÉCOLE		DOMAINE	NIVEAU COMPLÉTÉ & PROGRAMME	Jour/mois/an née
Études secondaires				I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/>	
Diplôme d'études professionnelles				I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> DEP <input type="checkbox"/>	
Diplôme d'études collégiales				DEC <input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/>	
Attestation d'étude professionnelle				AEC <input type="checkbox"/>	
Certificat					
Baccalauréat					
Maîtrise et/ou Doctorat					
H. AUTRES INFORMATIONS					
AVEZ-VOUS UN HANDICAP OU UNE MALADIE QUI VOUS EMPÊCHE D'INTÉGRER LE MARCHÉ DU TRAVAIL ?					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES ?					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Je déclare que les informations fournies sur ce formulaire sont complètes et véridiques.

Nom en lettres moulées :	Signature du client :	Date :
--------------------------	-----------------------	--------