

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom de famille	Initiale (autres prénoms)	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro d'assurance sociale (NAS)	Téléphone (indicatif régional et numéro)	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse	Ville	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prov./Terr.	Code postal	Adresse de courriel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe	Langue de correspondance	Plus haut niveau de scolarité atteint
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Faites-vous partie d'un des groupes suivants?

Autochtone Francophone Personne ayant un handicap Immigrant

RENSEIGNEMENTS SUR LA FORMATION

Veuillez fournir des précisions sur la formation demandée :

Nom du cours ou de la formation	Date de début (AAAA-MM-JJ)	Date de fin (AAAA-MM-JJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fournisseur de formation	Méthode de formation (ex. en ligne, en classe, en milieu de travail, etc.)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom du formateur ou de l'établissement de formation	Adresse du formateur ou de l'établissement de formation	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Type de formation	<input type="text"/>	

SITUATION D'EMPLOI

Cochez une seule case selon la situation au moment de la formation.

- Sans emploi Employé à temps plein Employé à temps partiel Employé temporaire
 Travailleur autonome (Facultatif) Prestataire de l'assurance-emploi Oui Non

Nombre d'heures par semaine	Salaire hebdomadaire brut
<input type="text"/>	<input type="text"/> \$

Titre du dernier poste occupé (si vous êtes sans emploi)	CNP**	Description de l'emploi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titre du poste actuel (si vous avez un emploi)	CNP**	Description de l'emploi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

** On peut trouver la Classification nationale des professions (CNP) à l'adresse suivante : <http://www5.rhdcc.gc.ca/CNP/Francais/CNP/2011/Bienvenue.aspx>
 Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.
 YG(6290FQ)F2 02/2016 SUBVENTION CANADA-YUKON POUR L'EMPLOI (FCYE) - DEMANDE DU PARTICIPANT | 1

COLLECTE, UTILISATION ET COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements que vous avez fournis serviront à l'administration des programmes et services liés au marché du travail, et seront communiqués aux personnes et organismes suivants :

Tout gestionnaire de cas dont vous avez retenu les services ou qui vous a été assigné dans le but d'élaborer et de gérer votre plan d'action et qui vous a aidé à remplir la présente demande.

Tout organisme d'exécution auquel vous avez été adressé, soit par un gestionnaire de cas ou par la Direction de l'enseignement postsecondaire dans le but de compléter votre plan d'action.

Les renseignements que vous fournissez peuvent aussi servir à l'analyse de politiques, à l'établissement de statistiques et à la réalisation de recherches ou d'évaluations de programmes par le gouvernement du Yukon.

Ces renseignements sont recueillis et gérés conformément à *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* du Yukon, L.R.Y. 2002, ch. 1 (la « *Loi* »). Les dossiers et l'information se rapportant à la présente demande ne peuvent être divulgués à des tiers que conformément à la *Loi*.

Les questions portant sur la collecte, l'utilisation ou la communication de ces renseignements doivent être adressées au directeur de la section des Programmes et services relatifs au marché du travail de la Direction de l'enseignement postsecondaire du ministère de l'Éducation, par la poste, au C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6, ou par téléphone, au 667-5131, ou sans frais, au 1-800-661-0408, poste 5131.

Je déclare avoir lu et compris ce qui précède sur la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels :

Les demandes de subvention doivent être approuvées par la Direction de l'enseignement postsecondaire AVANT la date du début de la formation. Les dépenses engagées avant l'approbation de la demande ne sont pas admissibles à un remboursement. Veuillez noter que les demandes incomplètes seront rejetées.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

Dans les cases ci-dessous, veuillez inscrire votre nom et la date à laquelle vous avez rempli le présent formulaire de demande, puis apposer votre signature.

Nom :

Signature :

Date (AAAA-MM-JJ) :