

FICHE D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM: _____ TÉLÉPHONE: (418) _____

ADRESSE: _____ (418) _____

_____ N.A.S.: _____

CODE POSTAL: _____ ASS. -MALADIE: _____

DATE DE NAISSANCE: _____ NO. DOSSIER CLE: _____

COURRIEL _____

Qui vous a conseillé les services de "La Croisée"?: _____

Quel est votre Centre local d'emploi?:

- Beauport Charlesbourg Loretteville Vanier des Rivières Limoilou
 Portneuf Quartiers historiques Sainte-Foy Autre

Source de revenu: **Assistance-emploi** **Barème "contrainte sévère à l'emploi"**

Barème "apte à l'emploi"

Assurance-emploi

Salaire

Autre _____

Acquis

HANDICAP PHYSIQUE: _____ De naissance

Médication: _____

Prothèse(s) et/ou orthèse(s): _____

Médecin traitant: _____

Spécialité: _____

Clinique ou hôpital: _____

TRANSPORT

Moyen de transport utilisé?

Permis de conduire? Oui Non Classe: _____

SCOLARITÉ

Dernière année réussie: _____ Année: _____

Programme d'études: _____

Nom de l'institution : _____

Carte de compétence: _____

Langue parlée: Français Anglais Autre : _____

DERNIER EMPLOI

Nom de l'entreprise	Occupation	Date début	Date de fin	Raison du départ
---------------------	------------	------------	-------------	------------------

Emploi(s) recherché(s): _____

Disponibilités à l'emploi? Temps plein Temps partiel

 Jour Soir Nuit

AUTORISATION

Je certifie que les renseignements énumérés ci-dessus sont exacts. De plus, j'autorise mon(ma)conseiller(ère) en emploi à divulguer, au besoin, tout renseignement contenu dans mon dossier afin de faire avancer ma demande de service.

Date: _____ Signature: _____