



DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR ET DE L'EMPLOYÉ

Emplois d'été pour étudiants 2017

NUMERO DE DOSSIER

(Ce numéro est inscrit sur votre correspondance.)

***** L'ENTENTE TRIPARTITE NE POURRA ÊTRE RÉDIGÉE TANT QUE NOUS N'AURONS PAS REÇU CE FORMULAIRE. *****CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ ET ACHEMINÉ À LA CLPN **AVANT** LE PREMIER JOUR DE TRAVAIL POUR ET PAR CHAQUE ÉTUDIANT SÉLECTIONNÉ. LA CLPN VALIDERA L'ADMISSIBILITÉ DE L'ÉTUDIANT ET RÉDIGERA L'ENTENTE TRIPARTITE S'IL Y A LIEU.**DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR****Veillez remplir cette section puis remettre le formulaire à l'employé(e)**

NOM LÉGAL DE L'EMPLOYEUR		NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE			
ADRESSE / VILLE		CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE	N° DE TÉLÉCOPIEUR	
DATE DE DÉBUT DU PROJET		DATE DE FIN DU PROJET		NBRE D'HEURES PAR SEMAINE	TAUX HORAIRE
TITRE DU PROJET			TITRE DU POSTE OCCUPÉ PAR L'ÉTUDIANT(E) (S.V.P. SOYEZ PRÉCIS)		
Signature de l'employeur					Date

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ(E)

NOM ET PRÉNOM		N° DE TÉLÉPHONE	N° DE BANDE		
N° D'ASSURANCE SOCIALE ** TRÈS IMPORTANT La demande sera refusée sans N.A.S. **					
ADRESSE COMPLÈTE			VILLE	CODE POSTAL	
DATE DE NAISSANCE	ÂGE AU 30 JUIN 2017	ADRESSE COURRIEL		SEXE FEMME <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/>	
► NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT FRÉQUENTÉ À L'HIVER 2017 ET PÉRIODE DURANT LAQUELLE VOUS L'AVEZ FRÉQUENTÉ :					
Du _____ au _____					
▪ Domaine d'études					
► NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT QUE VOUS FRÉQUENTerez À L'AUTOMNE 2017 :					
Du _____ au _____					
▪ Domaine d'études			▪ Objectif d'emploi à long terme		

NIVEAU DE SCOLARITÉ → Dernière année complétée (Hiver 2017)

Secondaire			Éducation des adultes	Formation prof.		Collégial			Universitaire		
I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEP <input type="checkbox"/>	ASP <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>
IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>										

Autres:

JE DÉCLARE ÊTRE LÉGALEMENT AUTORISÉ À TRAVAILLER AU CANADA ET AVOIR ÉTUDIÉ À TEMPS PLEIN AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE SCOLAIRE ET AVOIR L'INTENTION DE REPRENDRE MES ÉTUDES À TEMPS PLEIN AU COURS DE LA PROCHAINE ANNÉE SCOLAIRE. JE N'EXERCERAI PAS D'AUTRE EMPLOI À TEMPS PLEIN (30 HRES OU PLUS PAR SEM.) DURANT LA PÉRIODE INDIQUÉE CI-HAUT.

Signature de l'étudiant

Date

VEUILLEZ RETOURNER À LA CLPN POUR VALIDATION **AVANT L'EMBAUCHE DU PARTICIPANT.**