

DEMANDE D'ADMISSION

Coordination d'équipe en milieu de travail

EMPLOYEUR (coordonnées)		
Nom de l'entreprise :		
Nom de la personne responsable :		
Titre de la personne responsable :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Téléphone (travail) : poste :	Cellulaire :	
Courriel :	NEQ :	
DÉTAILS pour la formation		
Poste occupé par l'employé désigné :		
Salaire horaire : <i>(une pièce justificative du salaire devra être envoyé avec votre demande de remboursement des heures de formation)</i>		
Quel est l'horaire habituel de travail de l'employé?		
Quelle serait la journée la plus favorable pour la formation en classe?		
Quelle journée serait la moins favorable pour la formation en classe?		
EMPLOYÉ (coordonnées)		
Nom de l'employé :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Téléphone (travail) : poste :	Cellulaire :	
Courriel :	Date de naissance :	
Dernier niveau de scolarité complété :		

Signature : _____

Date : _____

Faites parvenir

- soit par courriel : matane@collegia.qc.ca

- ou par fax : 418-562-1235

- ou par la poste : Groupe Collegia, Cégep de Matane, 616, avenue St-Rédempteur, Matane (Québec) G4W 1L1

