



## EXPÉRIENCE TRAVAIL-ÉTÉ : FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION

À RETOURNER SELON LES COORDONNÉES DE VOTRE SECTEUR

<b>ASBESTOS :</b> 557 1 <sup>re</sup> Avenue J1T 4K4 Téléc. : 819 879-7448 asbestos@cjerichmond.qc.ca	<b>RICHMOND :</b> 139 Principale Nord J0B 2H0 Téléc. : 819 826-2242 richmond@cjerichmond.qc.ca
--	---

ENTREPRISE (nom légal) :		
ADRESSE POSTALE COMPLÈTE :		
TYPE D'ENTREPRISE :		
TÉLÉPHONE :	TÉLÉCOPIEUR :	COURRIEL :
NOM DU SUPERVISEUR DE L'ÉTUDIANT :		
NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ADMINISTRATION DU PROGRAMME :		
NOMBRE D'EMPLOYÉS À TEMPS PLEIN DANS L'ENTREPRISE :		NOMBRE D'ÉTUDIANTS EMBAUCHÉS L'AN DERNIER :
EMPLOIS OFFERTS	PRINCIPALES TÂCHES	QUALIFICATIONS REQUISES
TITRE DU POSTE : NOMBRE DE SEMAINES : NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE : SALAIRE : (12\$ min. au 01-05-2018)		
TITRE DU POSTE : NOMBRE DE SEMAINES : NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE : SALAIRE : (12\$ min. au 01-05-2018)		
TITRE DU POSTE : NOMBRE DE SEMAINES : NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE : SALAIRE : (12\$ min. au 01-05-2018)		
CONDITIONS DE TRAVAIL PARTICULIÈRES :		
<b>S'il y a lieu, inscrire le nom des étudiants que vous désirez embaucher :</b>		
NOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE