**Programme de remboursement pour la formation linguistique**

**FORMULAIRE D’ADMISSIBILITÉ CONDITIONNELLE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |       |
| Agence/établissement : |       |
| Poste occupé : |       |
| Départment/Programme :  |       |
| Superviseur(e) immédiat(e) : |       |
| Coordonnées (travail) : | Tél. : |       poste:       | Téléc. :  |       |
| Courriel : |       |
| Adresse (travail) : |       |
| Ville et code postal |       |       |
| Adresse à domicile : |       |
| Ville et code postal |       |       |
| Téléphone à domicile : |       |
| Courriel à domicile : |       |

Veuillez cocher tous les énoncés applicables :

|  |  |
| --- | --- |
| Je participe au Programme de formation linguistique (PFL) pour la première fois.  | [ ]  |
| J’ai déjà participé au PFL; préciser le cours/niveau :       | [ ]  |
| Je travaille directement avec des patients, des clients, des familles et le public. | Oui | [ ]  | Non | [ ]  |
| Je désire m’inscrire à un cours de français langue seconde.  | [ ]  |
| Je désire m’inscrire à un cours de français langue première.  | [ ]  |

**RENSEIGNEMENTS SUR LES COURS**

|  |
| --- |
| Institution de formation/d’enseignement :       |
| Nom du cours/Code/Niveau :       |
| Début du cours : |       | Fin du cours : |       |
| Frais d’inscription : |       | Payés par : l’apprenant(e) [ ]  l’employeur [ ]  |
|  |  |  |

**DÉCLARATION DE L’APPRENANT(E)**

* Je comprends que le fait de remplir ce formulaire ne garantit pas ma participation au Programme de remboursement pour la formation linguistique.
* Je suis un(e) employé(e) permanent(e) (à temps plein ou à temps partiel).
* Mes compétences linguistiques en français se situent au niveau intermédiaire ou plus.
* Je dois passer le cours, assister à au moins 70 % des cours, remplir un formulaire d’évaluation et fournir le reçu original pour être admissible à recevoir le remboursement de mes frais d’inscription.
* Si j’abandonne le cours de formation linguistique, je devrais payer tous les frais d’annulation demandés par le fournisseur ou l’institution d’enseignement.
* Je consens à ce que l’institution d’enseignement divulgue à L’Accueil francophone de Thunder Bay tout renseignement de nature académique nécessaire pour traiter ma demande de remboursement.

**Signature:**       **Date:**       **Veuillez retourner votre formulaire au coordonnateur du programme par courriel à :** program@accueilfrancophone.com

Révisé en juin 2022