**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 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 devrai 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](mailto:program@accueilfrancophone.com)