

The Ministry uses relevant personal information, including the trainee's Social Insurance Number, to administer the modular training program. This personal information is collected by the Ministry of Labour, Immigration, Training and Skills Development under sections 105 to 106.2 of R.R.O. 1990, Regulation 851; sections 11 to 11.3 of R.R.O. 1990, Regulation 854; and section 20 of O. Reg. 278/05 under the *Occupational Health and Safety Act*, R.S.O. 1990, chapter O.1. If you have any questions about this collection of information, contact the Director of Apprenticeship, Ministry of Labour, Immigration, Training and Skills Development, 2nd Floor, 33 Bloor St East, Toronto ON M7A 2S3, 416-326-5605 or 1-800-387-5656.

Le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences se sert de renseignements personnels pertinents, y compris votre numéro d'assurance sociale, pour administrer le programme de formation modulaire. Il recueille ces renseignements en vertu des articles 105 à 106.2 du R.R.O. 1990, Règl. 851; des articles 11 à 11.3 du R.R.O. 1990, Règl. 854; et de l'article 20 du Règl. de l'Ont. 278/05, en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, chap. O.1. Si vous avez des questions sur cette collecte de renseignements, adressez-les au directeur de l'apprentissage, ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences, 2^e étage, 33, rue Bloor Est, Toronto ON M7A 2S3, 416-326-5656 ou 1-800-387-5656.

Please return a copy of the form to your local Ministry of Labour, Immigration, Training and Skills Development office.
Veuillez retourner une copie de ce formulaire au bureau local du ministère.

1. Program Information / Renseignements sur le programme

Program Name / Nom du programme	Program No. / N° du programme
---------------------------------	-------------------------------

2. Trainee Information / Renseignements sur le candidat ou la candidate

Preferred Language / Langue Préférée <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français	Social Insurance No. / N° d'Assurance Social	Date of Birth / Date de naissance Day / Jour Month / Mois Year / Année
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

Gender / Sexe

I identify as (check one) / Je m'identifie comme (cochez l'une des cases suivantes)

Male / Homme Female / Femme Trans Other / Autre _____
 Prefer not to disclose / Préfère ne pas le divulguer

Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom	Initial / Initiale
----------------------------	---------------------	--------------------

Address / Adresse	Apt / App.
-------------------	------------

City / Ville	Prov	Postal Code / Code postal	Telephone No. / N° de téléphone
--------------	------	---------------------------	---------------------------------

Email / Courrier

3. Employer Information / Renseignements sur l'employeur

Employer I.D. No. / N° de l'employeur	Telephone No. / N° de téléphone	Fax No. / N° de télécopieur
---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------

Employer Name / Nom de l'entreprise

Email / Courrier

4. Forestry Program Requirements / Conditions d'admissions au programme de foresterie

Common Core Classroom completed: / Tronc commun de cours en salle de classe achevé :	Date Day / Jour Month / Mois Year / Année	Trainer's Name / Nom du Candidat ou de la Candidate	Trainer's Number / Numéro de l'Agent(e) de Formation
--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Equipment Specific On-Site Orientation/Training checklist completed:
Formation ou orientation sur place relative à du matériel précis - liste de vérification complétée : Yes / Oui Not Applicable / Sans objet

5. Authorization / Autorisation

I authorize the Ministry of Labour, Immigration, Training and Skills Development to collect personal information about me from my employer and from a person who provides/provided information, training or instruction with respect to the modular training program under the *Occupational Health and Safety Act*.

J'autorise le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences à obtenir des renseignements personnels à mon sujet, de mon employeur et d'une personne qui fournit ou a fourni de l'information ou de la formation liée au programme de formation modulaire conformément à la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*.

Name of Trainee / Nom du Candidat ou de la Candidate Please print name / Veuillez écrire en lettres moulées	Signature X	Date (dd/mm/yyyy) / (jj/mm/aaaa)
Name of Signing Authority / Nom du Signataire Autorisé Please print name / Veuillez écrire en lettres moulées	Signature X	Date (dd/mm/yyyy) / (jj/mm/aaaa)