Ontario

Ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences

EMPLOI ONTARIO

Alphabétisation et formation de base Fin d'activités et suivi

Réservé au fournisseur de services

Référence - Dossier	Référence - Personne

Nom et coordonnées

Nom	Prénom	Initiale

Adresse

Unité/Bureau/App	Numéro Civique	Nom de la rue	Casier Postal

Ville	Province	Code Postal

Téléphone principal

☐ Domicile ☐ Portable ☐ Autre

Numéro (y compris l'indicatif régional)

Poste

Autre téléphone

☐ Domicile ☐ Portable ☐ Autre

Numéro (y compris l'indicatif régional)

Poste

Courrier électronique

Résultat à la fin des activités

Réviseur	Date de début réelle (JJ/MM/AAAA)

Détails

Motif

☐ Changement de but ☐ Programme terminé ☐ Ouvert par erreur ☐ Fermeture du fournisseur de formation

☐ Décès du client ☐ Trouvé un emploi associé au but ☐ Autre ☐ Client impossible à joindre

☐ Déménagé ☐ Trouvé un travail non associé au but ☐ Raisons personnelles ☐ Fournisseur non satisfaisant

☐ Démarré une entreprise ☐ A quitté la population active ☐ Programme non adapté ☐ Fermeture du fournisseur de services

Satisfaction de la clientèle

Sur une échelle de 1 à 5, dans quelle mesure recommanderiez-vous le Programme AFB à une personne à la recherche d'un service semblable à celui que vous avez reçu?

☐ 1 – Fortement déconseillé ☐ 2 – Déconseillé ☐ 3 – Ne sait pas ☐ 4 – Recommandé

☐ 5 – Fortement recommandé ☐ Pas de réponse (la personne n'a pas répondu au sondage)

Veuillez répondre aux questions suivantes en sélectionnant l'une des options proposées.

Par suite de votre participation au Programme AFB, votre situation d'emploi s'est améliorée.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

Par suite de votre participation au Programme AFB, vous êtes mieux outillé(e) pour trouver et garder un emploi.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

Par suite de votre participation au Programme AFB, vous avez acquis ou amélioré des compétences.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

Résultat

- ☐ Employé suivant des études
- ☐ Employé suivant une formation
- ☐ Apprenti employé
- ☐ Employé dans un poste plus pertinent
- ☐ Employé
- ☐ Employé dans le secteur de formation/de son choix
- ☐ Employé à temps partiel
- ☐ Employé à temps plein
- ☐ Aux études - Post-secondaire
- ☐ Aux études - DESO ou l'équivalent
- ☐ Aux études - Perfectionnement scolaire
- ☐ Aux études - Autre
- ☐ En formation - Littératie EO
- ☐ En formation - ALS/FSL
- ☐ En formation - Fédéral
- ☐ En formation - Projets relais du MCI
- ☐ En formation - Deuxième carrière
- ☐ En formation - Autre initiatives EO
- ☐ En formation – Autre formation professionnelle
- ☐ Autonome
- ☐ Travail autonome
- ☐ Incapable de travailler
- ☐ Sans emploi
- ☐ Non connu
- ☐ Bénévole

Emploi

Type d'emploi

☐ Rémunéré ☐ Placement permanent ☐ Travail autonome ☐ Non rémunéré ☐ Bénévole

Pays de l'emploi

Employeur

Date de début (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)	Titre de l'emploi
Nombre d'heures par semaine	Montant du salaire ($)	Par ☐ Heure ☐ Semaine ☐ Deux semaines ☐ Mois ☐ Année

Code Classification nationale des professions (CNP)	Code Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN)

Commentaires

Aux études ou en formation

Établissement

Qualification	Type ☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Date de début (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)	Pays

Commentaires

Évaluation

Résultat de l'évaluation du progrès de l'apprenante ou de l'apprenant

Lecture	Utilisation de documents	Numératie

Date de l'évaluation (JJ/MM/AAAA)

Est-ce que la tâche culminante reliée au but a été complétée avec succès?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas de réponse

L'apprenant a-t-il satisfait à toutes les exigences relatives à l'atteinte des buts précisées dans le plan d'apprentissage?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas de réponse

L'engagement hebdomadaire auto-déclaré?

Résultat au bout de 3 mois

Réviseur	Date de début réelle (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)

Veuillez répondre aux questions suivantes en sélectionnant l'une des options proposées.

Par suite de votre participation au Programme AFB, votre situation d'emploi s'est améliorée.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

Par suite de votre participation au Programme AFB, vous êtes mieux outillé(e) pour trouver et garder un emploi.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

Par suite de votre participation au Programme AFB, vous avez acquis ou amélioré des compétences.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

Résultat

☐ Employé suivant des études
☐ Employé à temps plein
☐ En formation - ALS/FSL
☐ Autonome
☐ Employé suivant une formation
☐ Aux études - Post-secondaire
☐ En formation - Fédéral
☐ Travail autonome
☐ Apprenti employé
☐ Aux études - DESO ou l'équivalent
☐ En formation - Projets relais du MCI
☐ Incapable de travailler
☐ Employé dans un poste plus pertinent
☐ Aux études - Perfectionnement scolaire
☐ En formation - Deuxième carrière
☐ Sans emploi
☐ Employé
☐ Aux études - Autre
☐ En formation - Autre initiatives EO
☐ Non connu
☐ Employé dans le secteur de formation/de son choix
☐ En formation - Littératie EO
☐ En formation – Autre formation professionnelle
☐ Bénévole
☐ Employé à temps partiel

Emploi

Type d'emploi

☐ Rémunéré ☐ Placement permanent ☐ Travail autonome ☐ Non rémunéré ☐ Bénévole

Pays de l'emploi

Employeur

Date de début (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)	Titre de l'emploi
Nombre d'heures par semaine	Montant du salaire ($)	Par ☐ Heure ☐ Semaine ☐ Deux semaines ☐ Mois ☐ Année

Code CNP	Code SCIAN

Commentaires

Aux études ou en formation

Établissement

Qualification	Type
	☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Date de début (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)	Pays

Commentaires

Résultat au bout de 6 mois

Réviseur	Date de début réelle (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)

Veuillez répondre aux questions suivantes en sélectionnant l'une des options proposées.

Par suite de votre participation au Programme AFB, votre situation d'emploi s'est améliorée.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

Par suite de votre participation au Programme AFB, vous êtes mieux outillé(e) pour trouver et garder un emploi.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

Par suite de votre participation au Programme AFB, vous avez acquis ou amélioré des compétences.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

Résultat

☐ Employé suivant des études
☐ Employé à temps plein
☐ En formation - ALS/FSL
☐ Autonome
☐ Employé suivant une formation
☐ Aux études - Post-secondaire
☐ En formation - Fédéral
☐ Travail autonome
☐ Apprenti employé
☐ Aux études - DESO ou l'équivalent
☐ En formation - Projets relais du MCI
☐ Incapable de travailler
☐ Employé dans un poste plus pertinent
☐ Aux études - Perfectionnement scolaire
☐ En formation - Deuxième carrière
☐ Sans emploi
☐ Employé
☐ Aux études - Autre
☐ En formation - Autre initiatives EO
☐ Non connu
☐ Employé dans le secteur de formation/de son choix
☐ En formation - Littératie EO
☐ En formation – Autre formation professionnelle
☐ Bénévole
☐ Employé à temps partiel

Emploi

Type d'emploi

☐ Rémunéré ☐ Placement permanent ☐ Travail autonome ☐ Non rémunéré ☐ Bénévole

Pays de l'emploi

Employeur

Date de début (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)	Titre de l'emploi
Nombre d'heures par semaine	Montant du salaire ($)	Par ☐ Heure ☐ Semaine ☐ Deux semaines ☐ Mois ☐ Année

Code CNP	Code SCIAN

Commentaires

Aux études ou en formation

Établissement

Qualification	Type ☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Date de début (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)	Pays

Commentaires

Résultat au bout de 12 mois

Réviseur	Date de début réelle (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)

Veuillez répondre aux questions suivantes en sélectionnant l'une des options proposées.

Par suite de votre participation au Programme AFB, votre situation d'emploi s'est améliorée.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

Par suite de votre participation au Programme AFB, vous êtes mieux outillé(e) pour trouver et garder un emploi.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

Par suite de votre participation au Programme AFB, vous avez acquis ou amélioré des compétences.

☐ Fortement en désaccord ☐ En désaccord ☐ Ni en accord ni en désaccord ☐ En accord ☐ Fortement en accord

Résultat

☐ Employé suivant des études	☐ Employé à temps plein	☐ En formation - ALS/FSL	☐ Autonome
☐ Employé suivant une formation	☐ Aux études - Post-secondaire	☐ En formation - Fédéral	☐ Travail autonome
☐ Apprenti employé	☐ Aux études - DESO ou l'équivalent	☐ En formation - Projets relais du MCI	☐ Incapable de travailler
☐ Employé dans un poste plus pertinent	☐ Aux études - Perfectionnement scolaire	☐ En formation - Deuxième carrière	☐ Sans emploi
☐ Employé	☐ Aux études - Autre	☐ En formation - Autre initiatives EO	☐ Non connu
☐ Employé dans le secteur de formation/de son choix	☐ En formation - Littératie EO	☐ En formation – Autre formation professionnelle	☐ Bénévole
☐ Employé à temps partiel			

Emploi

Type d'emploi	Pays de l'emploi
☐ Rémunéré ☐ Placement permanent ☐ Travail autonome ☐ Non rémunéré ☐ Bénévole	

Employeur

Date de début (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)	Titre de l'emploi
Nombre d'heures par semaine	Montant du salaire ($)	Par ☐ Heure ☐ Semaine ☐ Deux semaines ☐ Mois ☐ Année

Code CNP	Code SCIAN

Commentaires

Aux études ou en formation

Établissement

Qualification			Type ☐ Temps plein ☐ Temps partiel
Date de début (JJ/MM/AAAA)	Date de fin (JJ/MM/AAAA)	Pays	

Commentaires

Sauvegarder Imprimer Effacer