



EXPÉRIENCE EMPLOI ÉTÉ DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR ET DE L'EMPLOYÉ

NUMÉRO DU PROJET

Service Canada exige ce document pour valider l'admissibilité de l'employé que vous avez recruté.

Ce formulaire **doit être complété le premier jour de travail** pour, et par, chaque employé embauché par l'entremise Emploi Été (EEÉ) et **doit être retourné à Service Canada dans un délai de sept jours après l'entrée en fonction de l'employé.**

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

(Veuillez compléter cette section puis remettre le formulaire à l'employé.)

1. NOM LÉGAL (TEL QU'INDIQUÉ DANS L'ACCORD D'EEÉ)			
2. ADRESSE	3. CODE POSTAL	4. N° DE TÉLÉPHONE	

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

5. DATE DE DÉBUT (aaaa-mm-jj)	6. DATE DE FIN (aaaa-mm-jj)	7. TITRE DE L'EMPLOI	8. NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE	9. TAUX HORAIRE
-------------------------------	-----------------------------	----------------------	--------------------------------	-----------------

Par la présente, je déclare qu'au moment de la sélection aucune préférence n'a été donnée à un employé qui est un membre de la famille immédiate du bénéficiaire, de celle d'un dirigeant ou d'un administrateur du bénéficiaire.

(Par employeur, on entend une personne ou un organisme qui reçoit des fonds d'Emploi et Développement social Canada (EDSC) par l'entremise de Service Canada pour embaucher la personne décrite comme " l'employé " ci-dessous. La famille immédiate désigne le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le père ou la mère de la famille d'accueil, le frère, la soeur, l'époux ou le conjoint de fait, l'enfant (notamment l'enfant du conjoint de fait), le beau-fils, la belle-fille, l'enfant en tutelle, le père de l'époux ou du conjoint de fait, la mère de l'époux ou du conjoint de fait, ou tout autre parent résidant à titre permanent chez le bénéficiaire, le dirigeant ou l'administrateur du bénéficiaire.)

Par la présente, je déclare avoir lu la brochure sur la santé et la sécurité au travail intitulée " Êtes-vous en danger? " produite par EDSC et les modalités de l'accord EEÉ, et je comprends leur contenu. Je me suis assuré qu'un exemplaire de la brochure sur la santé et la sécurité au travail a été remis à _____ (nom de l'employé) et qu'on a informé l'employé des exigences en matière de santé et de sécurité au travail liées à son emploi. Je crois que l'employé comprend très bien le contenu et les exigences et je signerai la déclaration ci-dessous à cet effet. En tant que bénéficiaire de fonds provenant d'EDSC, j'accepte de prendre la responsabilité de maintenir un milieu de travail sécuritaire pour les employés. EDSC a suscité une prise de conscience au sujet de mes obligations en matière de santé et de sécurité pour les jeunes en milieu de travail.

Je certifie que je suis autorisé à signer au nom de l'employeur.

SIGNATURE	NOM ET TITRE (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	DATE (aaaa-mm-jj)
-----------	--	-------------------

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

10. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	11. NOM ET PRÉNOM	12. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	13. DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)
14. NOM DU DERNIER ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT FRÉQUENTÉ		15. DOMAINE D'ÉTUDES	
16. PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ COMPLÉTÉ	<input type="checkbox"/> 8 ANS DE SCOLARITÉ ET MOINS <input type="checkbox"/> UNIVERSITÉ NON COMPLÉTÉE (1 AN OU PLUS)	<input type="checkbox"/> ENTRE 9 ET 12 ANS DE SCOLARITÉ <input type="checkbox"/> BACCAULURÉAT	<input type="checkbox"/> 12 ANS DE SCOLARITÉ (ÉCOLE SECONDAIRE COMPLÉTÉE) <input type="checkbox"/> MAÎTRISE OU DOCTORAT NON COMPLÉTÉ
		<input type="checkbox"/> ÉTUDES POSTSECONDAIRES NON UNIVERSITAIRES (INCLUT LE CÉGEP) <input type="checkbox"/> MAÎTRISE OU DOCTORAT	
17. IL S'AGIT DE MA PREMIÈRE EXPÉRIENCE DE TRAVAIL		18. SELON MOI, CET EMPLOI EST LIÉ À MON DOMAINE D'ÉTUDES	19. J'ÉTAIS INSCRIT COMME ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE PRÉCÉDENTE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
20. J'AI L'INTENTION DE POURSUIVRE MES ÉTUDES À TEMPS PLEIN AU COURS DE LA PROCHAINE ANNÉE SCOLAIRE		21. MON STATUT DE RÉSIDENCE EST	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> CITOYEN CANADIEN <input type="checkbox"/> RÉSIDENT PERMANENT <input type="checkbox"/> PERSONNE DÉSIGNÉ COMME RÉFUGIÉ EN VERTU DE LIPR	



EXPÉRIENCE EMPLOI ÉTÉ DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR ET DE L'EMPLOYÉ

NUMÉRO DU PROJET

Les renseignements que vous fournissez sur ce formulaire sont recueillis en vertu de l'article 7 de la *Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social* aux fins de la détermination de votre admissibilité à participer à la Stratégie emploi jeunesse. Le numéro d'assurance sociale (NAS) est recueilli conformément à la Directive du Secrétariat du Conseil du Trésor sur le numéro d'assurance sociale dans laquelle il est mentionné que la Stratégie emploi jeunesse est un utilisateur autorisé du NAS. Le NAS sera utilisé pour déterminer votre admissibilité à participer à ce programme.

La participation à la Stratégie emploi jeunesse est volontaire. Le refus de fournir des renseignements fera en sorte que vous ne serez pas admissible à participer. Les renseignements que vous fournissez pourraient être utilisés ou communiqués à des fins d'analyse, de recherche ou d'évaluation. Cependant, les autres utilisations ou divulgations de vos renseignements ne serviront jamais à prendre une décision administrative à votre sujet.

Vos renseignements personnels sont administrés conformément à ce que prévoit la *Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social*, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* ainsi que d'autres lois applicables. La protection des renseignements personnels et l'accès à ceux-ci constituent un droit, qui est décrit dans le fichier de renseignements personnels EDSC, PPU 298. Les modalités à remplir pour obtenir vos renseignements personnels sont indiquées en ligne à l'adresse suivante : <https://www.tbs-sct.gc.ca/hgw-cgf/oversight-surveillance/atip-airpr/ai/atipir-dairp-fra.asp>.

CONSENTEMENT DE L'EMPLOYÉ À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS

Je, _____ (nom de l'employé), soussigné, consens à ce que les renseignements contenus dans ce formulaire qui concernent ma participation à EEE soient communiqués à EDSC. Je reconnais que les renseignements sont recueillis et administrés conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et à d'autres lois relatives au respect de la vie privée, et qu'ils pourraient servir à déterminer mon admissibilité à un programme offert dans le cadre de la SEJ en plus d'être communiqués à EDSC à des fins d'évaluation et de responsabilisation des programmes offerts dans le cadre de la SEJ.

Par la présente, je déclare avoir lu la brochure sur la santé et la sécurité au travail intitulée " Êtes-vous en danger? " produite par EDSC et confirme bien comprendre son contenu. Mon employeur m'a donné les renseignements nécessaires et m'a fait part des dispositions à prendre afin de prévenir les accidents qui pourraient mettre ma santé et ma sécurité au travail en danger. En tant que jeune travailleur, j'ai le droit de poser des questions, d'avoir des renseignements et de prendre part à des actions qui me permettront de rendre mon milieu de travail plus sécuritaire au profit de tous. J'ai également le droit de refuser d'accomplir toute tâche qui, selon moi, risque de mettre ma santé et ma sécurité en péril. En tant qu'employé, j'accepte de prendre la responsabilité de contribuer à conserver mon milieu de travail sécuritaire au profit de mes collègues de travail et moi-même. Je reconnais qu'EDSC m'a sensibilisé quant à mes droits et mes responsabilités en matière de santé et de sécurité au travail.

Par la présente, je déclare être légalement autorisé à travailler au Canada et je rencontre les critères d'admissibilité (citoyen canadien, résident permanent ou désigné comme réfugié en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*)¹, avoir été inscrit comme étudiant à temps plein au cours de la dernière année scolaire et avoir l'intention de poursuivre mes études à temps plein au cours de l'année scolaire suivante. J'ai entre 15 et 30 ans inclusivement au début de l'emploi.

¹Les étudiants étrangers ne sont pas admissibles.

22. ADRESSE PERMANENTE DE L'EMPLOYÉ		23. CODE POSTAL
24. a) ADRESSE COURRIEL	24. b) NUMÉRO TÉLÉPHONE CELLULAIRE	
SIGNATURE		DATE (aaaa-mm-jj)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE D'EMPLOI (Obligatoire)

25. SEXE <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> NE PRÉFÈRE PAS RÉPONDRE		26. MEMBRE D'UNE MINORITÉ VISIBLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE PRÉFÈRE PAS RÉPONDRE	
27. PERSONNE HANDICAPÉE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE PRÉFÈRE PAS RÉPONDRE			
28. GROUPE AUTOCHTONE <input type="checkbox"/> INSCRIT (SUR UNE TERRE DE RÉSERVE) <input type="checkbox"/> INSCRIT (HORS D'UNE TERRE DE RÉSERVE) <input type="checkbox"/> SANS STATUT <input type="checkbox"/> MÉTIS <input type="checkbox"/> INUIT <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> NE PRÉFÈRE PAS RÉPONDRE			
29. NOUVEL IMMIGRANT* <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE PRÉFÈRE PAS RÉPONDRE		29. QUELLE EST VOTRE PREMIÈRE LANGUE APPRISE ET QUE VOUS PARLEZ ENCORE. <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS AUTRE _____	

* Nouvel immigrant : une personne qui a quitté son pays d'origine (sa patrie) pour un autre pays où il est devenu citoyen et où il réside depuis moins de 5 ans.



EXPÉRIENCE EMPLOI ÉTÉ DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR ET DE L'EMPLOYÉ

NUMÉRO DU PROJET

Résultat initial suite à la fin de l'intervention

Le participant n'a pas terminé l'intervention		Le participant a terminé l'intervention	
Raison :	Date de fin	Situation actuelle du participant :	Date d'achèvement
<input type="checkbox"/> Abandon	_____	<input type="checkbox"/> Retour aux études / poursuit ses études	_____
	(aaaa-mm-jj)		(aaaa-mm-jj)
<input type="checkbox"/> Employé / travailleur indépendant		<input type="checkbox"/> N'a pu être contacté	
<input type="checkbox"/> N'a pu être contacté		<input type="checkbox"/> Autre (p.ex. congé de maternité)	_____
<input type="checkbox"/> Retour aux études / poursuit ses études			
<input type="checkbox"/> Autre (p.ex. congé de maternité)	_____		

À l'usage de EDSC seulement	_____	_____	_____
	Date de réception (aaaa-mm-jj)	Date de réception (aaaa-mm-jj)	Nom