

DÉPÔT D'UN PROJET

Apprentissage en milieu de travail (APMT)

Veuillez vous référer au guide d'accompagnement disponible pour vous guider dans la rédaction de votre dépôt de projet.

IDENTIFICATION

Renseignements sur le participant

Nom du participant :	Prénom du participant :
Adresse :	
Ville :	Code postal : Province :
N° d'assurance sociale :	Date de naissance :
Téléphone :	Courriel :

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'entreprise :	
Nom légal (raison sociale, si différente) :	
Numéro d'entreprise :	
Représenté par :	Fonction :
Langue de correspondance :	
Adresse de correspondance :	
Ville :	Code postal : Province :
Téléphone : Poste :	Télécopieur :
Courriel :	

Adresse du lieu de travail (si différente de l'adresse de correspondance)

Nom de l'entreprise :	
Adresse :	
Ville :	Code postal : Province :
Téléphone : Poste :	Télécopieur :

Nom de la personne autorisée à faire les demandes de remboursement

Nom de la personne :	Fonction :
Téléphone : Poste :	Courriel :

Statut de l'employeur

☐ Organisme à but non lucratif	☐ Entreprise privée
☐ Entreprise adaptée	

Renseignements sur le référent professionnel

Nom du référent professionnel :	Fonction :
Organisme :	
Adresse :	
Ville :	Code postal : Province :
Téléphone : Poste :	Télécopieur :
Courriel :	

Date de début prévue :

Date de fin prévue :

Titre du poste :

Description des tâches ou des activités du projet (joindre description de tâches, au besoin) :

DÉTAILS EN LIEN AVEC LE PARTICIPANT

Parcours socioprofessionnel (scolarité, historique d'emploi, aptitudes, intérêts, etc.)

Quels sont les capacités, les obstacles, et les objectifs à atteindre? (savoir-être, savoir-faire, etc.)

Évaluation d'autres besoins pour la réussite du projet du participant
(soutien professionnel, poste adaptée, transport, vêtements de travail, etc.)

Justification des besoins d'un accompagnateur à l'interne (s'il y a lieu) (raison, nombre d'heures semaine, durée, etc.)

BESOINS DE FINANCEMENT POUR LA RÉALISATION DU PROJET

Détail Salaire du participant				
Taux horaire	Nombre d'heures par semaine	Nombre de semaines	% SPHERE <i>*Inscrire en décimale (ex.: 0.50)</i>	Total

Sommaire des contributions		Détail des coûts
Salaires et charges		
Mesure de soutien : équipements adaptés		
Mesure de soutien : Accompagnement		
Mesure de soutien : Autres		
Immobilisations / frais d'adaptation		
Transport		
Honoraires professionnels		
Total		

Le projet ne peut commencer tant que SPHERE n'a pas confirmé la date de début.

Ce document doit être transmis à l'agent de projets SPHERE via le portail sécurisé
<https://sphere.thereforeonline.com/Portal/PortalWebLogin.aspx?ReturnUrl=%2fPortal%2fPortal.aspx%3fqlist%3dtrue&qlist=true>

PLAN D'APPRENTISSAGE ET SUIVIS										
Numéro de dossier :		Numéro de suivi :		Effectué auprès:				Date :		
Nom du participant:				Intervenant:						
Objectifs à atteindre compléter la ou les section(s) applicable(s) seulement		Niveau de compétence 1-Non acquis 2-En cours d'acquisition 3-Presque acquis 4-Acquis				Responsable(s) du soutien aux apprentissages		Précisez les interventions (soutien des responsables et suivis des apprentissages)		
Apprentissage de base (compétences essentielles aux tâches)		Début	S1	S2	S3	S4	☐ Superviseur immédiat Accompagnateur à l'interne Agent d'intégration Conseiller en emploi Autre			
Utilisation adéquate des outils et/ou équipements		Début	S1	S2	S3	S4	☐ Superviseur immédiat Accompagnateur à l'interne Agent d'intégration Conseiller en emploi Autre			
Maitrise des bonnes méthodes de travail (règles de sécurité, hygiène et salubrité, etc.)		Début	S1	S2	S3	S4	☐ Superviseur immédiat Accompagnateur à l'interne Agent d'intégration Conseiller en emploi Autre			
Organisation du travail (priorisation, respect des délais, horaire, etc.)		Début	S1	S2	S3	S4	☐ Superviseur immédiat Accompagnateur à l'interne Agent d'intégration Conseiller en emploi Autre			
Savoir-être		Début	S1	S2	S3	S4	☐ Superviseur immédiat Accompagnateur à l'interne Agent d'intégration Conseiller en emploi Autre			

Autres (précisez)	Début	S1	S2	S3	S4	☐ Superviseur immédiat Accompagnateur à l'interne Agent d'intégration Conseiller en emploi Autre

Notes supplémentaires (abandon, diminution des heures travaillées, congé de maladie, modification des tâches, détérioration de la condition de la personne, etc.)

Fin de participation

1. Le participant a complété sa participation au projet

OuiNon

Raison d'abandon :
Date d'abandon au projet :

2. Si vous avez coché "oui" à la question précédente, veuillez indiquer laquelle des situations suivantes correspond au résultat de fin de participation

- Le participant est maintenu en emploi dans l'entreprise où s'est déroulée l'activité
- Le participant a intégré un milieu d'emploi différent de celui de l'activité

Titre du poste :Durée :CNP :Date de début d'emploi :
Nom de l'entreprise :SCIAN :SCIAN sous-secteur :
- Le participant a effectué un retour aux études

Titre de la formation :Durée :Date de retour aux études :
Nom de l'établissement de formation :
- Le participant est sans emploi

3. À des fins statistiques

Est-ce qu'un programme de soutien à l'emploi a été sollicité à la fin du projet avec SPHERE ?