

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS

Identification de l'entreprise	
Nom de l'entreprise :	
Adresse complète :	
Personne-resource :	Cellulaire :
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	Site Web :

Renseignements généraux	
Numéro d'entreprise du Québec :	
Date de fin d'année (période fiscale) :	
Statut juridique :	Année de fondation :
Secteur d'activité :	
Description de l'entreprise :	

Références financières	
Institution financière :	Nom du responsable :
Firme comptable :	Nom du responsable :
Notaire :	Nom du responsable :

Nombre d'emplois de l'entreprise	
Emplois temps plein :	Emplois temps partiel permanents :
Possibilités d'embauche :	Emplois temps partiel saisonniers :

Identification de l'entrepreneur (1)	
Nom :	Titre :
Adresse personnelle complète :	
Téléphone :	Cellulaire :
Courriel :	Date de naissance :
Niveau et domaine d'études complétées :	
Est-ce que les éléments suivants s'appliquent à vous?	
<input type="checkbox"/> Anglophone	<input type="checkbox"/> Minorité visible
<input type="checkbox"/> Autochtone/Inuit/Métis (hors réserve)	<input type="checkbox"/> Nouvel arrivant (depuis moins de 5 ans)
<input type="checkbox"/> Autochtone/Inuit/Métis (sur réserve)	<input type="checkbox"/> Personne ayant un handicap

* Voir au verso pour les entrepreneurs 2 à 4, au besoin.

Identification de l'entrepreneur (2)

Nom :	Titre :
Adresse personnelle complète :	
Téléphone :	Cellulaire :
Courriel :	Date de naissance :
Niveau et domaine d'études complétées :	
Est-ce que les éléments suivants s'appliquent à vous?	
<input type="checkbox"/> Anglophone <input type="checkbox"/> Autochtone/Inuit/Métis (hors réserve) <input type="checkbox"/> Autochtone/Inuit/Métis (sur réserve)	<input type="checkbox"/> Minorité visible <input type="checkbox"/> Nouvel arrivant (depuis moins de 5 ans) <input type="checkbox"/> Personne ayant un handicap

Identification de l'entrepreneur (3)

Nom :	Titre :
Adresse personnelle complète :	
Téléphone :	Cellulaire :
Courriel :	Date de naissance :
Niveau et domaine d'études complétées :	
Est-ce que les éléments suivants s'appliquent à vous?	
<input type="checkbox"/> Anglophone <input type="checkbox"/> Autochtone/Inuit/Métis (hors réserve) <input type="checkbox"/> Autochtone/Inuit/Métis (sur réserve)	<input type="checkbox"/> Minorité visible <input type="checkbox"/> Nouvel arrivant (depuis moins de 5 ans) <input type="checkbox"/> Personne ayant un handicap

Identification de l'entrepreneur (4)

Nom :	Titre :
Adresse personnelle complète :	
Téléphone :	Cellulaire :
Courriel :	Date de naissance :
Niveau et domaine d'études complétées :	
Est-ce que les éléments suivants s'appliquent à vous?	
<input type="checkbox"/> Anglophone <input type="checkbox"/> Autochtone/Inuit/Métis (hors réserve) <input type="checkbox"/> Autochtone/Inuit/Métis (sur réserve)	<input type="checkbox"/> Minorité visible <input type="checkbox"/> Nouvel arrivant (depuis moins de 5 ans) <input type="checkbox"/> Personne ayant un handicap