ATTESTATION DE FIN D'APPRENTISSAGE

Veuillez remplir les deux côtés de l'attestation, y compris l'attestation de compétences à l'intention des parrains (consulter le verso de l'attestation). Une fois les deux côtés remplis, soumettez l'attestation au centre d'apprentissage du ministère de la Formation et des Collèges et Universités de votre région (vous obtiendrez les coordonnées à l'adresse http://services.findhelp.ca/eo/tcu/appoff_fr ou en appelant Emploi Ontario au 1 800 387-5656).

RENSEIGNEMENTS SUR L'APPRENTI OU L'APPRENTIE	
Nom (en lettres moulées)	
N° d'identification du client délivré par le ministère	
Numéro(s) de téléphone	

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARRAIN	
Dénomination sociale	
Adresse	
Numéro(s) de téléphone	
Signataire autorisé du parrain *(nom en lettres moulées)*	
Adresse électronique	

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROGRAMME	
Nom du métier	
Nombre d'heures requis conformément au contrat d'apprentissage *(pour les métiers fondés sur des heures de formation seulement)*	
Heures de formation? *(documentation jointe)*	Oui ( ) Non ( )Sans objet ( )
Formation en classe terminée ou exemptée?	Oui ( ) Non ( )Sans objet ( )

Je confirme par la présente que les renseignements fournis des deux côtés de cette attestation sont véridiques et exacts.

X_____ **X** _____

Signature (apprenti-e) Date Signature du signataire autorisé du parrain Date

ATTESTATION DE COMPÉTENCES À L'INTENTION DES PARRAINS

Vous trouverez les numéros et les titres des ensembles de compétences dans la table des matières de la norme de formation. En signant chacun des ensembles de compétences présentés dans le tableau ci-dessous, vous confirmez de façon finale, à titre de parrain de l'apprenti ou de l'apprentie, qu'il ou elle a démontré sa compétence relativement à toutes les compétences obligatoires que prévoit l'ensemble de compétences.

N° DE L'ENSEMBLE DE COMPÉTENCES	TITRE DE L'ENSEMBLE DE COMPÉTENCES	SIGNATURE DU SIGNATAIRE AUTORISÉ

RÉSERVÉ AU MFCU

Vérification que le parrain est le parrain officiel le plus récent : Oui ( ) Non ( )
Documentation jointe en appui aux heures complétées : Oui ( ) Non ( )
Vérification que la formation en classe est terminée : Oui ( ) Non ( )

Nom de l'employé(e) _____ Signature _____ Date _____