



# Vie Autonome Péninsule Acadienne inc.

Voir au-delà du handicap

## Formulaire d'inscription **Employeur** Vers votre plein potentiel

Entreprise	Commerce	Organisme	Institution	Autres
------------	----------	-----------	-------------	--------

Nom de l'entreprise: \_\_\_\_\_

Personne responsable : \_\_\_\_\_

Titre du responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone: (506) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Autres: (506) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Télécopieur: (506) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_



Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Poste disponible : \_\_\_\_\_

Poste disponible : \_\_\_\_\_

Formulaire de consentement : Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Note : \_\_\_\_\_

Besoin d'équipement pour le bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Besoin de formation pour le bénéficiaire : \_\_\_\_\_

### Session d'information :

Êtes-vous intéressé à avoir une session d'informations sur les bénéfices pour votre entreprise à employer une personne ayant un handicap? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Note : \_\_\_\_\_

Signature, VAPA

Date

