

Salutation :	Prénom :	Nom de famille :
Adresse physique :		
Communauté :	Comté :	Code postal :
Courriel :		Téléphone :
Si vous le souhaitez, des documents à l'appui peuvent être inclus et pourraient donner plus de poids à votre demande, permettant ainsi de mieux vous jumeler avec des OCC.		
<input type="checkbox"/> Lettre de présentation <input type="checkbox"/> C.V. <input type="checkbox"/> Lettre d'appui/de référence n° 1 <input type="checkbox"/> Lettre d'appui/de référence n° 2		
Les organismes, conseils et commissions (OCC) suivants m'intéressent :		
1. _____		
2. _____		
3. _____		
Accepteriez-vous de faire partie d'autres conseils? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Veuillez décrire les aspects de votre expérience, votre formation ou votre éducation qui font de vous un candidat adéquat ou une candidate adéquate pour les OCC de votre choix :		
1.	_____	
2.	_____	
3.	_____	
4.	_____	
Êtes-vous : <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/> une femme Êtes-vous une personne âgée (de plus de 65 ans)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Êtes-vous un jeune ou une jeune (de moins de 25 ans)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Êtes-vous une personne handicapée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quelle est votre langue maternelle? <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français autre : (veuillez préciser) _____ Maîtrisez-vous d'autres langues? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : _____ Vous identifiez-vous à la communauté acadienne de l'Île? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Vous identifiez-vous comme personne de descendance autochtone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, êtes-vous membre des bandes Mi'kmaq de l'Île? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : _____ Vous identifiez-vous comme nouvel arrivant au Canada? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Vous identifiez-vous à un autre groupe sous-représenté : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : _____		
Où avez-vous entendu parler du programme Contribuons à l'Î.-P.-É.? <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> Autres médias sociaux <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Site Web du gouvernement <input type="checkbox"/> Bouche-à-oreille <input type="checkbox"/> Journal Autre _____		
Date de réception :		