



The information on this form is required to maintain the employment record of the training participant and is collected under the authority of the Workplace Safety and Insurance Act, 1997, c.16, s.21, 22; and the Ministry of Colleges and Universities Act, R.S.O. 1990, c.M.19, s.5, and Order-in-Council 701/85. Because the Ministry of Education covers the cost of workers compensation and private insurance coverage, the Ministry may use this information to verify the legitimacy of claims. Inquiries regarding this form should be directed to the Ministry of Education, 8th Floor, Mowat Block, 900 Bay Street, Toronto, Ontario, M7A 1L2. Telephone (416) 325-2547.

Les renseignements contenus dans ce formulaire sont requis pour tenir à jour le relevé d'emploi de la personne recevant une formation. Ils sont recueillis en vertu des articles 21 et 22 de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail, de l'article 5 de la Loi sur le ministère des Collèges et Universités L.R.O. 1990, chap. M.19 et du décret 701/85. Étant donné que le ministère de l'Éducation assume le coût de l'assurance contre les accidents du travail et de l'assurance privée le ministère peut utiliser ces renseignements pour vérifier la légitimité des demandes. Pour toute question sur ce formulaire, s'adresser au ministère de l'Éducation, 8^e étage, édifice Mowat, 900, rue Bay, Toronto, ON M7A 1L2, téléphone: (416) 325-2547.

En caractères d'imprimerie

Rempli le

A. Parties to the Agreement / Parties contractantes

1. Name of training participant / Nom du-de la participant-e à un stage de formation	Date of birth/Date de naissance	Age/Âge	Sex / Sexe
Address / Adresse	Home phone no. / N° de tél. (domicile)	Postal Code / Code postal	

Program / Programme

BEd Formation initiale à l'enseignement

2. Name of work placement employer / Nom de l'employeur (École)	Nom du-de la superviseur-e de la formation (enseignante ou enseignant associé)		
Address / Adresse	Telephone no. / N° de telephone	Postal Code / Code postal	

3. Post Secondary Institution / Établissement postsecondaire École des sciences de l'éducation Université Laurentienne	Name of contact person / Personne-resource (Coordonnatrice ou coordonnateur des stages)		
Address / Adresse 935 ch. du Lac Ramsey Sudbury ON	Telephone no. / N° de telephone 705-675-1151 poste 5005	Postal Code / Code postal P3E 2C6	

B. Specific Time at Training Station / Durée du stage et horaire

1. Period of Agreement / Durée de l'accord	The training participant, from / Le-la participant-e au stage de formation devra, du _____ au _____ shall be involved in work activities as part of the above educational /training program as dans de cadre du programme de formation susmentionné, exécuter les tâches de étudiant-maître (job title / désignation de fonction)		
2. Hours of Training / Heures de travail	The normal hours of training shall be from / les heures de travail habituelles seront de 7 heures à 17 heures (approximativement)		
3. Schedule of Training / Jours de travail	Identify the days when the training participant will be at the work placement (or attach training participant's schedule). / Inscrive les jours où le-la participant-e sera en stage de formation (ou joindre son emploi du temps). du lundi au vendredi : 25 jours (days of training / jours de travail)		

C. Workplace Safety and Insurance Board Coverage / Assurance de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail

1. Workplace Safety and Insurance Board coverage will be provided at the work placement by / Les primes de l'assurance de la Commission seront versées par the Ministry of Education / <input checked="" type="checkbox"/> for the entire period / le ministère de l'Éducation _____ pour toute la durée du stage			
2. Number of work placement hours for which Workplace Safety and Insurance Board Coverage has been provided (To be completed after completion of work placement component) / Nombre d'heures en stage — de formation pour lesquelles l'assurance de la Commission a été fournie par (remplir une fois le stage terminé) By the Ministry of Education / le ministère de l'Éducation _____ 200 _____ 200 _____			

D Private Insurance Coverage / Assurance privée

1. Private insurance coverage will be provided in the event that the work placement employer is not covered by the Workplace Safety and Insurance Board Coverage / Si l'employeur ne bénéficie pas de l'assurance de la Commission, une assurance privée sera retenue par By the Ministry of Education / <input checked="" type="checkbox"/> for the entire period / le ministère de l'Éducation _____ pour toute la durée du stage			
2. Number of work placement hours for which private insurance has been provided (To be completed after completion of work placement component) / Nombre d'heures en stage de formation pour lesquelles l'assurance privée a été retenue par (remplir une fois le stage terminé) By the Ministry of Education / le ministère de l'Éducation _____ 200 _____ 200 _____			

E Signatures of Parties to the Agreement / Signature des parties contractantes

Training participant / Participant-e au stage de formation (stagiaire)	Parent/Guardian (if applicable) / Père, mère, tuteur ou tutrice (le cas échéant) Sans objet
Work placement employer / Employeur (direction)	Post-secondary Institution / Établissement postsecondaire École des sciences de l'éducation Université Laurentienne