Ontario Ministry of Education / Ministère de l'Éducation

# Work/Education Placement Agreement/Post-Secondary / Accord sur la formation pratique (postsecondaire)

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, 8e étage, édifice Mowat, 900, rue Bay, Toronto ON M7A 1L2, téléphone : (416) 325-2547.

| Date Completed / Rempli le |
|---|

***Please print. / En caratères d'imprimerie***

## 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 | | | |

| 2. Name of work placement employer / Nom de l'employeur | Name of training supervisor / Nom du-de la superviseur-e de la formation |
|---|---|
| Address / Adresse | Telephone no. / N° de téléphone ( ) / Postal Code / Code postal |

| 3. Post Secondary Institution / Établissement postsecondaire | Name of contact person / Personne-ressource |
|---|---|
| Address / Adresse | Telephone no. / N° de téléphone ( ) / Postal Code / Code postal |

## 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 _____ 200____ to / au _____ 200____

shall be involved in work activities as part of the above educational/training program as / dans le cadre du programme de formation susmentionné, exécuter les tâches de _____

(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 _____ to / à _____

**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). / Inscrire les jours où le-la participant-e sera en stage de formation (ou joindre son emploi du temps).

_____

(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 / le ministère de l'Éducation ☐ for the entire period / 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 / le ministère de l'Éducation ☐ for the entire period / 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 | Parent/Guardian (if applicable) / Père, mère, tuteur ou tutrice (le cas échéant) |
|---|---|
| Work placement employer / Employeur | Post-secondary Institution / Établissement postsecondaire |