

Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre (RLRQ, chapitre D-8.3)  
Règlement sur l'exemption applicable aux titulaires d'un certificat de qualité des initiatives de formation (RLRQ, chapitre D-8.3, r.5)

Note : La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Vous pouvez préparer votre demande en suivant les sections mentionnées dans le site Web de la CPMT à la page du [Processus de développement des compétences](#). Vous pouvez nous envoyer un courriel à l'adresse [cqif@mtess.gouv.qc.ca](mailto:cqif@mtess.gouv.qc.ca).

### Section 1 – Renseignements sur le demandeur

Employeur	<input type="text"/>	NEQ	<input type="text"/>
		Numéro d'entreprise du Québec	
Président-directeur général	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Nom de famille	Prénom	
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Numéro	Rue, rang ou case postale	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville, village ou municipalité		Code postal
Nombre d'employés	<input type="text"/>	Masse salariale* supérieure à 2 millions de dollars	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Responsable de la demande	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Nom de famille	Prénom	
Fonction	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
		Ind. rég. Numéro	Poste
Courriel	<input type="text"/>	Télécopieur	<input type="text"/>
		Ind. rég. Numéro	

\* La masse salariale est calculée conformément aux règles présentées à l'annexe de la [Loi favorisant le développement et la reconnaissance de la main-d'œuvre](#).

### Section 2 – Renseignements relatifs au CQIF

**Nature de la demande**  Demande initiale  Renouvellement de certificat

---

<b>Période de validité du certificat</b>	<b>Mode de paiement des droits exigibles pour la délivrance du certificat</b>
<input type="checkbox"/> Certificat demandé à compter de l'année en cours	Chèque <input type="checkbox"/> Libellez le chèque ou le mandat-poste à l'ordre du ministre des Finances du Québec.
<input type="checkbox"/> Certificat demandé à compter de l'année suivante	Mandat-poste <input type="checkbox"/>
	Carte de crédit <input type="checkbox"/> Remplissez le formulaire <i>Paiement par carte de crédit</i> .

### Section 3 – Conditions d'obtention du CQIF

**Règlement sur l'exemption applicable aux titulaires d'un certificat de qualité des initiatives de formation (RLRQ, chapitre D-8.3, r.5)**

#### Article 3

3. Un certificat de qualité des initiatives de formation est délivré par le ministre à un employeur qui en fait la demande par écrit, au moyen du formulaire mis à sa disposition, si les conditions suivantes sont remplies :

- 1° l'employeur s'engage, pour la durée de validité du certificat, dans une démarche de formation continue de ses employés par la mise en oeuvre et l'application d'un processus de développement des compétences relié à la stratégie de l'entreprise, du ministère ou de l'organisme et comprenant notamment :
  - a) l'analyse de la situation de l'entreprise, du ministère ou de l'organisme, ses perspectives en matière d'amélioration et de développement des compétences et l'identification de ses besoins de formation;
  - b) un plan des activités de formation envisagées comprenant un mécanisme de suivi de la mise en oeuvre de ces activités;

- c) l'identification de la méthode privilégiée pour évaluer les impacts de la formation dispensée aux employés;
- 2° l'élaboration du processus de développement des compétences se fait au sein de l'entreprise, du ministère ou de l'organisme, dans le cadre d'une structure formelle de concertation requérant la participation de représentants de l'employeur et de représentants des employés;
- 3° le processus de développement des compétences prévoit la participation de représentants de l'employeur et de représentants des employés à toutes les étapes de sa mise en oeuvre;
- 4° l'employeur s'engage à permettre qu'une vérification puisse être effectuée conformément à l'article 7.



## Section 4 – Déclaration du demandeur

Je soussigné

- confirme que les renseignements fournis dans cette demande et dans les documents afférents sont complets et véridiques en tous points;
- confirme avoir lu et compris les conditions d'obtention du CQIF décrites à la section 3 du présent formulaire et m'engage à les respecter;
- consens à fournir aux représentants du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité toute l'information nécessaire au traitement et au suivi de cette demande. [Réf. chapitre D-8.3, r. 5 article 7.](#)

Année	Mois	Jour
_	_	_
Date		

Nom du responsable de la demande (en caractères d'imprimerie)

Signature du responsable de la demande

## Section 5 – Attestation

L'entreprise, le Ministère ou l'organisme s'engage dans la mise en œuvre et l'application d'un [processus de développement des compétences](#).

**Joignez un document décrivant le processus ainsi que tous les documents et outils à l'appui.**

*Nous soussignés, au nom de la partie que nous représentons, attestons que*

Le processus de développement des compétences **est en application** au sein de notre organisation et comprend les étapes énumérées à la page 4 du guide de présentation d'une demande de CQIF. Il prévoit également notre participation à titre de représentants de l'employeur et de représentants des employés à toutes ces étapes.

Le processus de développement des compétences **est partiellement appliqué** au sein de notre organisation. Nous poursuivons l'élaboration des étapes énumérées à la page 4 du guide de présentation d'une demande de CQIF dans le cadre d'une ou de plusieurs structures formelles de concertation requérant notre participation à titre de représentants de l'employeur et de représentants des employés. De plus, son application se fera avec notre participation à titre de représentants de l'employeur et de représentants des employés à toutes ces étapes.

### Représentants de l'employeur

Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)

Fonction

Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste
_	_	_	_

Année	Mois	Jour
_	_	_
Date		

Signature

### Représentants du syndicat ou des employés

Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)

Fonction

Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste	Catégorie d'emploi représentée
_	_	_	_	_

Année	Mois	Jour
_	_	_
Date		

Signature

Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)

Fonction

Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste
_	_	_	_

Année	Mois	Jour
_	_	_
Date		

Signature

Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)

Fonction

Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste	Catégorie d'emploi représentée
_	_	_	_	_

Année	Mois	Jour
_	_	_
Date		

Signature

Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)

Fonction

Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste
_	_	_	_

Année	Mois	Jour
_	_	_
Date		

Signature

Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)

Fonction

Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste	Catégorie d'emploi représentée
_	_	_	_	_

Année	Mois	Jour
_	_	_
Date		

Signature

Annexez une feuille supplémentaire au besoin pour les signatures.



## Protection des renseignements confidentiels

Les renseignements confidentiels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'exercice des attributions du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. L'accès à ces renseignements est limité aux seules personnes autorisées à les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Vous avez le droit de connaître les renseignements que le Ministère détient à votre sujet, d'en recevoir communication ou d'en demander la rectification. Vous devez en faire la demande par écrit et l'adresser au responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels.

### Comment avez-vous pris connaissance du CQIF ?

- Emploi-Québec       Internet       Autres, précisez : \_\_\_\_\_
- Publicité (dépliant, etc.)       Séance d'information donnée par : \_\_\_\_\_

## Transmission de la demande

- Veuillez transmettre ce formulaire rempli, signé et accompagné des documents requis, par courriel ou par la poste à l'adresse suivante :

**Commission des partenaires du marché du travail**  
Demande CQIF  
Direction du soutien opérationnel au développement de la main-d'œuvre  
800, rue du Square-Victoria, 29<sup>e</sup> étage  
Case postale 100  
Montréal (Québec) H4Z 1B7  
Courriel : [cqif@mtess.gouv.qc.ca](mailto:cqif@mtess.gouv.qc.ca)

**Le paiement des droits exigibles (le chèque, le mandat-poste ou le formulaire *Paiement par carte de crédit*) doit obligatoirement être transmis par la poste.**

