



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 conférés 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 caractères d'imprimerie

A. Parties to the Agreement / Parties contractantes

Candidate Section

1. Name of training participant / Nom du/de la participant-e à un stage de formation CANDIDATE NAME	Date of birth/Date de naissance CANDIDATE DATE OF BIRTH	Age/Âge AGE	Sex / Sexe SEX
Address / Adresse CANDIDATE ADDRESS	Home phone no. / N° de tél. (domicile) CANDIDATE PHONE NUMBER	Postal Code / Code postal POSTAL CODE	
Program / Programme BEd PROGRAM (OR CONCURRENT EDUCATION PROGRAM FOR YEARS 1-3 CONCURRENT CANDIDATES)			

School Information

2. Name of work placement employer / Nom de l'employeur ASSOCIATE SCHOOL / HOST INSTITUTION NAME	Name of training supervisor / Nom du/de la superviseur-e de la formation PRINCIPAL OF ASSOCIATE/HOST SCHOOL OR INSTITUTION		
Address / Adresse ADDRESS OF SCHOOL OR HOST INSTITUTION	Telephone no. / N° de telephone PHONE NUMBER	Postal Code / Code postal POSTAL CODE	

Faculty of Education Info.

3. Post Secondary Institution / Établissement postsecondaire Faculty of Education, Queen's University	Name of contact person / Personne-ressource Peter Chin, Practicum Coordinator		
Address / Adresse Duncan McArthur Hall, 511 Union Street, Kingston, ON	Telephone no. / N° de telephone 613-533-6202	Postal Code / Code postal K7M 5R7	

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

Timeframe of Placement

1. **Period of Agreement / Durée de l'accord**
The training participant, from /
Le-la participant-e au stage de formation devra, du **DATES OF PLACEMENT** 200____ to /
a **DATES OF PLACEMENT** 200____
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 **Teacher Candidate**
(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 **HOUR** to /
à **HOUR**

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).

(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 versés 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

Signatures

Training participant / Participant-e au stage de formation CANDIDATE SIGNATURE	Parent/Guardian (if applicable) / Père, mère, tuteur ou tutrice (le cas échéant) N/A FOR CANDIDATES OVER 18
Work placement employer / Employeur PRINCIPAL SIGNATURE	Post-secondary Institution / Établissement postsecondaire PRACTICUM COORDINATOR SIGNATURE