

**THANK YOU TO CONSIDER WORKING FOR**



**MERCI DE CONSIDÉRER UN EMPLOI CHEZ NOUS**

## **INFORMATION PERSONNELLE**

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ C. P. : \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Date de Naissance: \_\_\_\_\_

Assurance Sociale: \_\_\_\_\_

Permis de Conduire: \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Classe AZ ou Classe DZ

**EXPÉRIENCE DE TRAVAIL**

**EMPLOI # 1**

EMPLOYEUR: \_\_\_\_\_

TITRE DU POSTE: \_\_\_\_\_

DATE DU DÉBUT ET DE LA FIN: \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_

TÂCHES: \_\_\_\_\_

RAISON DU DÉPART: \_\_\_\_\_

**EMPLOI # 2**

EMPLOYEUR: \_\_\_\_\_

TITRE DU POSTE: \_\_\_\_\_

DATE DU DÉBUT ET DE LA FIN: \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_

TÂCHES: \_\_\_\_\_

RAISON DU DÉPART: \_\_\_\_\_

**EMPLOI # 3**

EMPLOYEUR: \_\_\_\_\_

TITRE DU POSTE: \_\_\_\_\_

DATE DU DÉBUT ET DE LA FIN: \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_

TÂCHES: \_\_\_\_\_

RAISON DU DÉPART: \_\_\_\_\_

**EDUCATION**

**FORMATION SCOLAIRE:**

ÉCOLE: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

ANNÉES COMPLÉTÉES: \_\_\_\_\_

GRADUÉ:            OUI                    NON

**ÉTUDE COLLÉGIALE OU MÉTIER:** \_\_\_\_\_

COLLÈGE: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

ANNÉES COMPLÉTÉES: \_\_\_\_\_

GRADUÉ:            OUI                    NON

**AUTRE COURS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RÉFÉRENCES:**

**NOM:** \_\_\_\_\_ **TÉLÉPHONE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## MÉDICAL

Avez-vous déjà été sur la compensation ou la CSST ? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

**Si oui, avec quelle compagnie ?** \_\_\_\_\_

**Pourquoi ?** \_\_\_\_\_

Avez-vous passé un examen médical durant la dernière année ? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, nom du médecin \_\_\_\_\_

Seriez-vous prêt à passer un examen médical ? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Avez-vous déjà eu des problèmes médicaux ? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, précisez quel genre : \_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes de dos ? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Avez-vous des problèmes musculaires ? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Avez-vous votre cours de Premiers Soins ? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, quand ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà participé à un cours de Sécurité ? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, quand ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà pris un cours de Système d'information sur les matières dangereuses  
utilisées au travail (SIMDUT). Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, avec quelle compagnie ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà pris un cours de Protection contre les Chutes ? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, quand ? \_\_\_\_\_

**La Santé et Sécurité au travail est notre priorité**

Vos obligations comme employé sont :

1. De vous conformer à nos politiques de Santé et Sécurité au travail.
2. D'utiliser notre équipement sécuritaire.
3. D'être alerte en tout temps.
4. De rapporter toutes les blessures immédiatement.
5. Si vous êtes blessé, vous devez participer au CSPAAT (Sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail) – travaux légers et modifiés.

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Réservé à la compagnie**

Signature : \_\_\_\_\_

Date d'embauche : \_\_\_\_\_ Superviseur : \_\_\_\_\_