

## DEMANDE D'EMPLOI

### 1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone autre : \_\_\_\_\_

Type d'emploi postulé : \_\_\_\_\_

### IMPORTANT

**Pour que votre candidature soit considérée, vous devez signer le formulaire d'autorisations en annexe et joindre à votre demande d'emploi, les documents suivants :**

- ↳ Curriculum vitæ
- ↳ Permis de conduire
- ↳ Dossier de conduite
- ↳ Dossier d'antécédents criminels

## 2. QUALIFICATIONS

Langues parlées : français \_\_\_\_\_  
                          anglais \_\_\_\_\_  
                          autres \_\_\_\_\_

Langues écrites : français \_\_\_\_\_  
                          anglais \_\_\_\_\_  
                          autres \_\_\_\_\_

## 3. FORMATION GÉNÉRALE

### Nature du cours

### Diplôme obtenu (oui ou non)

### Durée du cours (mois et années)

#### Cours secondaire

Nom du cours : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_  
Endroit : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#### Cours collégial

Nom du cours : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_  
Endroit : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#### Cours universitaire

Nom du cours : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_  
Endroit : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#### Autre formation

Nom du cours : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_  
Endroit : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#### Autre formation

Nom du cours : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_  
Endroit : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Avez-vous suivi la formation des conducteurs et conductrices d'autobus scolaires (métier unique) et détenez-vous, par le fait même, le certificat de compétence?

Non     Oui     Si oui, date d'expiration : \_\_\_\_\_

#### 4. EMPLOIS ANTÉRIEURS

##### A) Emploi actuel (ou le plus récent)

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Titre du poste : \_\_\_\_\_ Durée de l'emploi : \_\_\_\_\_

Salaire: \_\_\_\_\_ Nom du supérieur : \_\_\_\_\_

Motif du départ : \_\_\_\_\_

Fonctions et responsabilités : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### B) Emploi précédent

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Titre du poste : \_\_\_\_\_ Durée de l'emploi : \_\_\_\_\_

Salaire: \_\_\_\_\_ Nom du supérieur : \_\_\_\_\_

Motif du départ : \_\_\_\_\_

Fonctions et responsabilités : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### C) Emploi précédent

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Titre du poste : \_\_\_\_\_ Durée de l'emploi : \_\_\_\_\_

Salaire: \_\_\_\_\_ Nom du supérieur : \_\_\_\_\_

Motif du départ : \_\_\_\_\_

Fonctions et responsabilités : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. PERMIS DE CONDUIRE**

A) Depuis combien de temps possédez-vous un permis de conduire? \_\_\_\_\_

B) Quel est votre numéro de permis de conduire : \_\_\_\_\_

classe (s) : \_\_\_\_\_

condition (s) : \_\_\_\_\_

mention (s) : \_\_\_\_\_

C) Votre permis de conduire a-t-il déjà été modifié, suspendu ou révoqué?

Non  Oui

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

D) Êtes-vous sous le coup de poursuites pénales ou criminelles pouvant conduire à la suspension de votre permis?

Non  Oui

Si oui, expliquez: \_\_\_\_\_

E) Est-ce qu'on vous a attribué des points d'inaptitude au cours des deux (2) dernières années?

Non  Oui

Si oui, combien et dans quelles circonstances? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. ACCIDENT DE TRAVAIL

A) Avez-vous déjà subi un accident de travail ou souffert d'une maladie professionnelle ?

Non  Oui

Si oui, indiquez la date à laquelle est survenu :

l'accident de travail : \_\_\_\_\_

la maladie professionnelle : \_\_\_\_\_

Si plus d'un spécifiez :

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

Indiquez le nom de ou des employeur(s) à ce moment :

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

B) Est-ce que ledit accident de travail a été compensé par la Commission des accidents de travail ou de la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail ?

Non  Oui

C) Est-ce que ledit accident de travail ou ladite maladie professionnelle est actuellement consolidé (e)?

Non  Oui

D) Est-ce que ledit accident de travail vous a laissé des séquelles permanentes reconnues par la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail ?

Non  Oui

Si oui, de quelle nature ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E) Est-ce qu'un médecin vous a posé des restrictions quant au travail que vous pourriez effectuer dans l'avenir ?

Non  Oui

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7. AUTRES VS SANTÉ

A) Avez-vous déjà subi un accident, autre qu'un accident de travail ?

Non  Oui

Si oui, quelle était la nature des blessures que vous avez subies lors du ou de ces accidents? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B) Souffrez-vous de problèmes de santé (maladies, allergies, etc...), d'incapacité ou limitation physique qui pourraient nuire à l'emploi postulé?

Non  Oui

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 8. DÉCLARATION DU CANDIDAT

**Je déclare que les renseignements donnés dans cette formule (et dans les feuilles annexées) sont vrais, exacts et complets à tous points de vue. Si une enquête démontrait que j'ai fait une fausse déclaration, je sais que je serai passible de renvoi.**

**J'accepte que mon embauche dépende des résultats d'un examen médical si nécessaire, de la vérification de mes références auprès de mes derniers employeurs et de l'authenticité de mes déclarations.**

**Le fait de compléter cette demande d'emploi n'engage en rien les Autobus Maheux Itée.**

Signature du candidat : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## ANNEXE

### FORMULAIRE D'AUTORISATIONS

#### « RÉFÉRENCES »

J'autorise la compagnie **les Autobus Maheux Itée** à communiquer avec mes anciens employeurs et/ou mon employeur actuel, pour obtenir des références. Je libère de toute responsabilité les personnes ou les sociétés fournissant de telles références.

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

#### « MÉDICAL »

J'accepte de me soumettre à un examen médical de préembauche et à des examens médicaux périodiques en cours d'emploi par un médecin désigné par la compagnie, incluant tous les tests requis par la Loi sur les drogues et alcool, sous réserve que les renseignements médicaux transmis soient en relation avec mon emploi ou avec l'éligibilité à des bénéfices marginaux. Je consens, aux mêmes conditions, à la transmission de mes dossiers médicaux antérieurs. Les présents consentements ne sont valides que pour la durée nécessaire à mon embauche et pour la durée de mon emploi; en cas de terminaison de mon emploi, mon consentement n'est valide que pour la durée de tout litige qui en découle ou découle de la terminaison de celui-ci.

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

#### «LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS »

Sous réserve de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé et de ses règlements, je consens à ce qu'en cas d'embauche, **les Autobus Maheux Itée** puisse utiliser les renseignements contenus dans mes dossiers d'employé, de santé et de discipline, même après ma terminaison d'emploi, pour la durée de tout litige qui découlera de mon emploi ou découlerait de la terminaison de celui-ci.

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_