



Groupe Galland
att : ressources humaines
3874 du Souvenir
Laval, Québec
H7V 1Y4

DEMANDE D'EMPLOI

Emploi postulé : _____

Date approximative de disponibilité : _____

Temps plein

Temps partiel

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom _____ Prénom _____ # assurance sociale _____

Adresse _____

Date de naissance _____ Téléphone _____ Cellulaire _____

FORMATION

Niveau	Nom de l'institution	Dernière année complétée	Option ou spécialité	Certificat ou diplôme obtenu
Secondaire	_____	_____	_____	_____
Collégial	_____	_____	_____	_____
Universitaire	_____	_____	_____	_____
Autres	_____	_____	_____	_____

LANGUES

Indiquez si : vous parlez	<input type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> anglais	<input type="checkbox"/> autre
vous lisez le	<input type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> anglais	<input type="checkbox"/> autre
vous écrivez le	<input type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> anglais	<input type="checkbox"/> autre

EMPLOIS PRÉCÉDENTS

Énumérez les emplois occupés au cours des trois dernières années.

Nom de l'employeur _____ Date : de _____ à _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : (____) _____ Salaire : _____
Poste occupé : _____
Raison du départ : _____

Nom de l'employeur _____ Date : de _____ à _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : (____) _____ Salaire : _____
Poste occupé : _____
Raison du départ : _____

Nom de l'employeur _____ Date : de _____ à _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : (____) _____ Salaire : _____
Poste occupé : _____
Raison du départ : _____

Nom de l'employeur _____ Date : de _____ à _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : (____) _____ Salaire : _____
Poste occupé : _____
Raison du départ : _____

DISPONIBILITÉ

Je suis disponible pour travailler : Soirs OUI NON
Fins de semaine OUI NON
Jours OUI NON

DÉCLARATION DE SANTÉ

Avez-vous des problèmes de santé? OUI NON
Si oui, lesquels ? _____
Seriez-vous disposé à vous soumettre à un examen médical? OUI NON

ANTÉCÉDENTS (accidents de travail)

Avez-vous déjà subi un ou des accidents de travail en rapport avec l'emploi occupé au cours des 3 dernières années? OUI NON

Si oui, nom de l'employeur : _____ Date: _____
Blessure(s) subie(s): _____

Ces informations seront vérifiées tel que le permet la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Toute omission de renseignements sera considérée comme volontaire de votre part et, par le fait même, interprétée comme une fausse déclaration.

J'autorise la compagnie Autobus Galland Ltée 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 : _____

À COMPLÉTER POUR LES POSTES DE CHAUFFEURS SEULEMENT

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES (conducteur)

No de permis : _____ Classe : _____

Expiration : _____ Restriction : _____

Votre permis a-t-il déjà été révoqué? OUI NON

Possédez-vous le cours Métier unique ? OUI NON

No: _____ Expiration : _____

Je suis également disposé(e), si requis, à voyager :

hors de la région hors de la province hors du pays NON

CONDUITE (accidents)

Avez-vous déjà eu des accidents ou incidents en rapport avec l'utilisation de véhicules routiers lors des 5 dernières années? OUI NON

Si oui, précisez leur nature, la date et l'endroit où ils sont survenus : _____

CONDUITE (contravention et amende)

Avez-vous eu des contraventions et/ou amendes au cours des 3 dernières années, autres que pour violations de stationnement en rapport avec l'utilisation de véhicules routiers?

OUI NON Si oui, complétez le tableau suivant

Endroit	Date	Nature de la condamnation	Pts inaptitude

ENGAGEMENT DU CANDIDAT

1. Il est convenu qu'advenant mon embauche, je serai soumis(e) à une période d'essai de trois mois, conformément aux politiques en vigueur de la compagnie, période au cours de laquelle je peux être remercié(e) de mes services sans aucun recours.
2. Je comprends que de fausses déclarations dans le présent formulaire peuvent entraîner le rejet de ma candidature ou mon renvoi, le cas échéant.
3. Dans l'éventualité de mon embauche, j'autorise mon employeur à procéder à des déductions directes sur tout montant m'étant payable, dans les cas où des sommes m'auraient été versées en trop.

Signature du candidat : _____ Date : _____

INFORMATION

Le présent formulaire a pour objet l'étude de votre demande d'emploi. En cas de refus, ce dossier sera détruit. En cas d'embauche, il sera joint à votre dossier d'employé. Votre dossier vous est accessible sur rendez-vous ; en cas d'erreur au dossier, vous pourrez en demander la rectification.

