



EMPLOI POSTULÉ:	DATE DISPONIBLE:
-----------------	------------------

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM: _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____

VILLE: _____ PROV. : _____ CODE POSTAL: _____

NO. DE TÉL: (domicile) _____ NO. DE TÉL: (travail) _____

FORMATION

NIVEAU	NOM ET LOCALITÉ DE L'INSTITUTION	DURÉE		DERNIÈRE ANNÉE COMPLÉTÉE	OPTION OU SPÉCIALITÉ	CERTIFICAT OU DIPLÔME OBTENU
		de	à			
Secondaire						
Collégial						
Université						

Autre(s) formation(s) professionnelle(s)

AUTRES QUALIFICATIONS

ÊTES-VOUS DÉTENTEUR D'UN CERTIFICAT DE QUALIFICATION OU DE MÉTIER? YES: NO:

Si oui, précisez: _____

ÊTES-VOUS MEMBRE D'UNE CORPORATION PROFESSIONNELLE EN RELATION AVEC LE TYPE D'EMPLOI RECHERCHÉ YES: NO:

Si oui, précisez: _____



EXPERIENCE DE TRAVAIL		
1) NOM ET ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR ACTUEL OU LE PLUS RÉCENT:	EMPLOI(S) OCCUPÉ(S):	
	DATE:	SALAIRE AU DÉPART:
GENRE D'ENTREPRISE:	RAISON DU DÉPART:	
NOM DU SUPERVISEUR:	TÉLÉPHONE:	
2) NOM ET ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR PRÉCÉDENT:	EMPLOI(S) OCCUPÉ(S):	
	DATE:	SALAIRE AU DÉPART :
GENRE D'ENTREPRISE:	RAISON DU DÉPART:	
NOM DU SUPERVISEUR:	TÉLÉPHONE:	
3) NOM ET ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR PRÉCÉDENT:	EMPLOI(S) OCCUPÉ(S):	
	DATE:	SALAIRE AU DÉPART :
GENRE D'ENTREPRISE:	RAISON DU DÉPART :	
NOM DU SUPERVISEUR:	TÉLÉPHONE:	
4) NOM ET ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR PRÉCÉDENT:	EMPLOI(S) OCCUPÉ(S):	
	DATE:	SALAIRE AU DÉPART :
GENRE D'ENTREPRISE:	RAISON DU DÉPART:	
NOM DU SUPERVISEUR:	TÉLÉPHONE:	



AUTORISATIONS – LIRE ATTENTIVEMENT

1. J'autorise "**Les Ateliers Beau-Roc Inc.**", ainsi que tout autre intervenant mandaté par la dite compagnie et pour fin d'évaluation de ma candidature, à contacter mon (mes) ancien(s) employeur(s), mon employeur actuel et toute autre personne mentionnée comme référence afin d'obtenir les informations bénéfiques à ma demande d'emploi.
2. Ces autorisations ne sont valides que pour la période requise de l'évaluation, qui pourrait résulter dans mon embauche, et pour la durée de l'emploi. En cas de mise à pied, les autorisations deviennent automatiquement invalides.

Date _____

Signature _____

CONDITIONS DE TRAVAIL

1. Il est entendu que suite à mon embauche, je serai soumis à une période de probation conformément à la politique de la compagnie, période durant laquelle je peux être mis à pied sans possibilité de contestation de ma part excepté si la Loi des Normes du travail s'applique.
2. Je consens à payer les contributions et/ou les frais d'adhésions obligatoires reliés à l'assurance groupe.
3. **Je comprends que toute fausse déclaration inscrite au formulaire d'emploi ou fournie au cours de l'entrevue peut entraîner le rejet de ma candidature ou mon congédiement, selon le cas.**

SIGNATURE

DATE: _____

SIGNATURE: _____