



LOISIRS ET SPORTS

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI (SAISONNIER)

NOM :										PRÉNOM :											
ADRESSE :										Date de naissance :					Jour		Mois		Année		
										Permis de conduire :											
CODE POSTAL :										Assurance maladie :											
Téléphone :										Assurance sociale :											
Téléphone : cellulaire :										Courriel :											
Téléphone : autre :																					
Langues :			Parlées :			<input type="checkbox"/> Français			<input type="checkbox"/> Anglais			<input type="checkbox"/> Autre – précisé :									
RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI :										Temps plein <input type="checkbox"/>					Temps partiel <input type="checkbox"/>						
Genre d'emploi recherché (le masculin inclut le féminin)																					
PLAGES			CAMP DE JOUR			HORTICULTURE & EMBELLISSEMENT			CULTURE			Inscrivez vos disponibilités :									
														De jour		De soir					
Responsable		<input type="checkbox"/>	Responsable		<input type="checkbox"/>	Responsable		<input type="checkbox"/>	Animateur		<input type="checkbox"/>	Lundi									
Assistant responsable		<input type="checkbox"/>	Assistant responsable		<input type="checkbox"/>	Préposé à l'embellissement		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Mardi									
Surveillant Sauveteur		<input type="checkbox"/>	Animateur		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Mercredi									
Assistant surveillant sauveteur		<input type="checkbox"/>	Moniteur		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Jeudi									
Caissier		<input type="checkbox"/>	Assistant Moniteur		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Vendredi									
Préposé à l'embellissement		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Samedi									
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Dimanche									
ÉTUDES :																					
Description des cours			Années			Nom de l'institution			Diplôme obtenu												
			De		A																
									Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Spécialisation :									
									Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Spécialisation :									
Prévoyez-vous poursuivre vos études ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>										Autres qualifications :											
										(joindre copie de vos qualifications)											



VILLE DE
SAINTE-AGATHE-DES-MONTS

LOISIRS ET SPORTS

EXPÉRIENCE :					
Employeur :		Employeur :			
Adresse :		Adresse :			
Téléphone :		Téléphone :			
Fonction :		Fonction :			
Date :	du	Au	Date :	Du	Au
Superviseur :		Superviseur :			
Raison du départ :		Raison du départ :			
Avez-vous déjà participé à une entrevue pour la Ville de Sainte-Agathe-des-Monts ?					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quand.		Emploi postulé			
Avez-vous déjà travaillé pour la Ville de Sainte-Agathe-des-Monts ?					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quand		Occupation.			
Êtes-vous référé(e) par une personne travaillant à la Ville de Sainte-Agathe-des-Monts? Si, oui, son nom et son occupation :					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Auriez-vous objection à passer un nouvel examen médical ? Si oui, expliquez les raisons justifiant le refus :					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
J'autorise la Ville de Sainte Agathe des Monts à prendre des références à mon sujet. Je consens à subir les examens médicaux pré emploi et périodiques et tout autre examen exigé par l'employeur. J'atteste que les déclarations faites dans ce document sont au meilleur de mes connaissances, complètes et conformes à la vérité. J'accepte que toute fausse déclaration puisse entraîner l'annulation de cette demande ou mon envoi si j'ai obtenu l'emploi.					

Signature : _____ Date : _____