

SCIERIE ST-FABIEN INC.

Fiche d'information de pré-embauche pour les postulants

1. IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom : _____ Prénom : _____

N.A.S. : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

N°téléphone : (____) _____ N°cellulaire : (____) _____

Courriel : _____

2. EMPLOYEURS ANTÉRIEURS (EN COMMENÇANT PAR LE PLUS RÉCENT)

Nom : _____ Téléphone _____

Votre occupation : _____ Période d'emploi _____

Raison départ : _____

Avez-vous été affecté à un travail à la chaîne ? Oui Non Décrivez _____

Si oui, avez-vous présenté des difficultés ? _____

Nom : _____ Téléphone _____

Votre occupation : _____ Période d'emploi _____

Raison départ : _____

Avez-vous été affecté à un travail à la chaîne ? Oui Non Décrivez _____

Si oui, avez-vous présenté des difficultés ? _____

Nom : _____ Téléphone _____

Votre occupation : _____ Période d'emploi _____

Raison départ : _____

Avez-vous été affecté à un travail à la chaîne ? Oui Non Décrivez _____

Si oui, avez-vous présenté des difficultés ? _____

3. SANTÉ

Êtes-vous ou avez-vous été soigné pour l'une des maladies ci-dessous ou en avez-vous ressenti les symptômes ?

Maladies du système cardio-vasculaire (palpitation, tension...) ? oui non

Description et date : _____

Maladies respiratoire (asthme, bronchite chronique...) ? oui non

Description et date : _____

Entorse, tendinite, problème aux articulations ? oui non

Description et date : _____

Problème de dos ou au cou ? oui non

Description et date : _____

Étant donné que vous postulez pour un poste nécessitant une bonne condition physique où vous serez amené à rester debout durant une longue période, vous accroupir et vous pencher en avant :

➔ êtes-vous porteur, à votre connaissance, d'une condition médicale ou personnelle qui pourrait vous empêcher d'exécuter sans risques les tâches et l'emploi pour lequel vous postulez aujourd'hui ? Non

Oui détail : _____

Avez-vous déjà eu un arrêt de travail (maladie, accident, autre) ? oui non

Raison : _____

Durée : de _____ à _____

Avez-vous reçu des prestations de la CNESST pour cet arrêt ? oui non

4. OBLIGATIONS DU CANDIDAT

Véracité des informations

Je soussigné déclare avoir bien compris toutes les questions de ce questionnaire et certifie que mes réponses sont, à ma connaissance, complètes et véridiques.

Je reconnais que toute fausse déclaration ou omission pourrait entraîner le rejet de ma demande d'emploi ou l'annulation de mon contrat individuel de travail, et donc mon licenciement immédiat.

Je soussigné autorise la Scierie St-Fabien Inc. à prendre des références auprès des mes anciens employeurs.

Je reconnais avoir pris connaissance de ces clauses et je les accepte.

Nom _____

Prénom _____

Signature _____

Date _____

Dossier médical

J'accepte de me soumettre à un examen médical de pré-embauche par un médecin désigné par l'employeur sous réserve que les renseignements médicaux transmis soient en relation avec mon emploi ou avec l'admissibilité à des avantages sociaux.

J'autorise tout professionnel de la santé, établissement, organisme et leurs représentants autorisés à communiquer et à transmettre au médecin désigné par l'employeur mes dossiers médicaux antérieurs ainsi que tous renseignements ou documents pouvant être requis dans le cadre de l'évaluation de mon aptitude au travail.

Le présent consentement n'est valide que pour la durée nécessaire à mon embauche et pour la durée de mon emploi. En cas de fin de mon emploi, le consentement ne sera valide que pour la durée de tout litige avec la Scierie St-Fabien.

Je reconnais avoir pris connaissance de ces clauses et je les accepte.

Nom _____

Prénom _____

Signature _____

Date _____