



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de famille : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
N° de tél. maison : _____ N° de cell. : _____
Adresse courriel : _____

Avez-vous déjà été condamné pour une offense criminelle pour laquelle vous n'avez pas obtenu pardon? Oui Non

Ass. sociale : _____ Date de naissance : _____
(facultatif) (facultatif)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Possédez-vous un véhicule automobile?
 Oui Non

Parlez-vous anglais?
 Oui Non _____ %

Avez-vous peur des animaux domestiques?
 Oui Non

Où avez-vous vu notre offre d'emploi?
 Emploi Québec Journaux Affichage/publicité Employé(e) nom : _____
 Agence Autres : _____

DISPONIBILITÉ

Travaillez-vous présentement?
 Oui Non

Recherchez-vous un travail de :
 Jour Soir Fin de semaine Emploi étudiant

Nombre d'heures total recherchées :
 15-21 heures 21-30 heures + de 30 heures

Disponible à partir du : _____

AVEZ-VOUS DE L'EXPÉRIENCE :

En entretien ménager?

Oui Non

Si oui, précisez :

Avec les personnes âgées?

Oui Non

Si oui, précisez :

ANTÉCÉDENTS DE TRAVAIL AU COURS DES CINQ (5) DERNIÈRES ANNÉES (en nommer deux)

1- Nom de l'entreprise : _____ Ville : _____
Poste occupé : _____ Supérieur : _____
Tél. : _____ Pouvons-nous communiquer avec eux? Oui Non
Durée de l'emploi : de _____ à _____
Raison du départ : _____

2- Nom de l'entreprise : _____ Ville : _____
Poste occupé : _____ Supérieur : _____
Tél. : _____ Pouvons-nous communiquer avec eux? Oui Non
Durée de l'emploi : de _____ à _____
Raison du départ : _____

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRES

Donnez tous les renseignements susceptibles de nous aider à étudier votre demande et indiquez dans quelle mesure votre expérience ou votre intérêt correspond à l'emploi postulé.

COMMENT ÉVALUEZ-VOUS VOTRE CONDITION PHYSIQUE?

Excellente Bonne Moyenne

AU COURS DES CINQ (5) DERNIÈRES ANNÉES, AVEZ-VOUS SOUFFERT DE :

1- Maladie des bronches et des poumons (asthme, bronchite chronique, autres) causée par la présence d'animaux de compagnie, de fumée de cigarettes ou autres?

Oui Non

Si oui, précisez :

2- Maladie de la peau (dermatite, eczéma, psoriasis, autres) causée par certains produits ménagers?

Oui Non

Si oui, précisez :

3- Douleurs au dos, aux jambes, aux épaules, aux coudes, aux poignets ou autres qui pourraient vous empêcher d'effectuer certains mouvements?

Oui Non

Si oui, précisez :

4- D'allergies (chat, chien, poussière, fumée de cigarette, autres)?

Oui Non

Si oui, précisez :

Je, soussigné(e), certifie que les réponses à chacune des questions contenues dans le présent questionnaire sont, à ma connaissance, complètes et véridiques. Je reconnais que toute fausse déclaration ou omission peut entraîner la nullité du contrat de travail conclu à l'embauche.

SIGNATURE DU CANDIDAT

DATE

Si vous ne pouvez nous laisser la présente demande immédiatement, veuillez retourner le tout par la poste ou à l'adresse courriel suivante :

Coopérative de services à domicile
de l'Estrie
554, rue Dufferin
Sherbrooke (Québec) J1H 4N1
Tél.: (819) 823-0093
info@coopestrie.com

Réservé à l'administration



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Pour que nous puissions étudier votre candidature, vous devez nous donner les noms de personnes qui peuvent nous parler de vous comme travailleur et comme personne dans un milieu de travail (ex : patron (emplois récents), collègue de travail, etc.). Si vous n'en avez pas, vous devez nous donner les noms de personnes qui peuvent répondre de vous (ex : propriétaire, voisins, etc.).

Acceptation de vérification des références

Par la présente, j'autorise la Coopérative de services à domicile de l'Estrie à communiquer avec les personnes ci-dessous mentionnées afin d'obtenir des informations et opinions sur mon travail.

Trois (3) références sont exigées (**nous n'acceptons pas les noms de parents ou d'amis**).

Nom : _____	Tél. : _____	Lien : _____
Nom : _____	Tél. : _____	Lien : _____
Nom : _____	Tél. : _____	Lien : _____

ET J'AI SIGNÉ À SHERBROOKE
LE _____

SIGNATURE DU CANDIDAT

NOM EN LETTRES MOULÉES

Retourner le formulaire par courriel à info@coopestrie.com ou par la poste à Anne-Marie Poirier - 554, rue Dufferin, Sherbrooke (Québec) J1H 4N1