

## Demande d'emploi pour chauffeur de véhicules lourds

### Renseignements personnels:

#### A) Pour le candidat: Lire, compléter et signer avant de remettre le formulaire

Emploi postulé: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

B) Nom: \_\_\_\_\_ Prénom(s): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: Résidence: ( ) \_\_\_\_\_ Cellulaire: ( ) \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Êtes-vous fumeur(se): Oui  Non

No d'assurance sociale: \_\_\_\_\_ No d'assurance-maladie: \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge: \_\_\_\_\_ Statut civil: \_\_\_\_\_

Citoyenneté: \_\_\_\_\_ Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence: \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

No de tél. de cette personne: ( ) \_\_\_\_\_ Nom de famille et prénom de votre mère: \_\_\_\_\_

C) Langues: Français  Anglais  Autres

### Activités professionnelles (chauffeur):

#### EXPÉRIENCE ET QUALIFICATIONS

N° de permis: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Date d'expiration: \_\_\_\_\_ Conditions: \_\_\_\_\_

N° de référence du permis: \_\_\_\_\_

Mention transmission manuelle: (M) Oui  Non

Mention freinage pneumatique: (F) Oui  Non

Mention train routier: (T) Oui  Non

Vous a-t-on déjà refusé un permis de conduire? Oui  Non

Votre permis a-t-il déjà été révoqué ou suspendu? Oui  Non

Si vous avez répondu oui à une des deux questions, indiquez les motifs :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certification ontarienne sur le réglage des freins à came en "s": Oui  Non  N/A

Certification ontarienne sur l'entretien du système de roulement des véhicules commerciaux: Oui  Non  N/A

Avez-vous une connaissance du système des freins pneumatiques? Oui  Non  N/A

Certificat de matières dangereuses: Oui  Non  N/A

Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Faites-vous parti ou avez-vous déjà fait parti d'un programme de dépistage sur les drogues et l'alcool? Oui  Non  N/A

**Employeurs précédents (10 dernières années en commençant par le plus récent)**

<b>1</b> Employeur: _____ Téléphone: _____ Adresse: _____ Fonctions: _____ De : _____ À: _____ Supérieur : _____ Salaire au moment du départ: _____ \$ Motif du départ: _____ Étiez-vous assujetti à la réglementation DOT pendant cet emploi (drogue, alcool, etc.)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>2</b> Employeur: _____ Téléphone: _____ Adresse: _____ Fonctions: _____ De : _____ À: _____ Supérieur : _____ Salaire au moment du départ: _____ \$ Motif du départ: _____ Étiez-vous assujetti à la réglementation DOT pendant cet emploi (drogue, alcool, etc.)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>3</b> Employeur: _____ Téléphone: _____ Adresse: _____ Fonctions: _____ De : _____ À: _____ Supérieur : _____ Salaire au moment du départ: _____ \$ Motif du départ: _____ Étiez-vous assujetti à la réglementation DOT pendant cet emploi (drogue, alcool, etc.)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>4</b> Employeur: _____ Téléphone: _____ Adresse: _____ Fonctions: _____ De : _____ À: _____ Supérieur : _____ Salaire au moment du départ: _____ \$ Motif du départ: _____ Étiez-vous assujetti à la réglementation DOT pendant cet emploi (drogue, alcool, etc.)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>5</b> Employeur: _____ Téléphone: _____ Adresse: _____ Fonctions: _____ De : _____ À: _____ Supérieur : _____ Salaire au moment du départ: _____ \$ Motif du départ: _____ Étiez-vous assujetti à la réglementation DOT pendant cet emploi (drogue, alcool, etc.)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>6</b> Employeur: _____ Téléphone: _____ Adresse: _____ Fonctions: _____ De : _____ À: _____ Supérieur : _____ Salaire au moment du départ: _____ \$ Motif du départ: _____ Étiez-vous assujetti à la réglementation DOT pendant cet emploi (drogue, alcool, etc.)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>7</b> Employeur: _____ Téléphone: _____ Adresse: _____ Fonctions: _____ De : _____ À: _____ Supérieur : _____ Salaire au moment du départ: _____ \$ Motif du départ: _____ Étiez-vous assujetti à la réglementation DOT pendant cet emploi (drogue, alcool, etc.)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Joignez une feuille séparée au besoin.

<b>CONDUITE</b>						
<b>Expérience:</b>						
<b>Matériel routier</b>	<b>Type d'expérience</b>	<b>Date</b>		<b>Km / milles parcourus</b>	<b>Type de parcours</b>	
		<b>De</b>	<b>À</b>		<b>Local</b>	<b>Longue distance</b>
Camion porteur						
Tracteur / remor.						
Train routier						
Plate-forme						
Bi-train						
Fardier						
Conteneur						
Copeaux /sciures						
Trans. Spécialisé						
Citer. vrac liquide						
Citer. vrac solide						
Déménagement						
Autres (précisez)						
Genre(s) de moteur utilisé(s) : _____						
Genre(s) de transmission utilisée(s): _____						
État et/ou Province où vous avez travaillé: <input type="checkbox"/> Canada _____ (Nb d'années) <input type="checkbox"/> Québec _____ (Nb d'années)						
<input type="checkbox"/> États-Unis _____ (Nb d'années) <input type="checkbox"/> Mexique _____ (Nb d'années)						
<b>Formation:</b>						
Indiquez votre formation théorique et les cours suivis à ce niveau (s'il y a lieu)						
Cours	Date suivi	Maison d'enseignement et lieu			Durée (heures)	
Heures de conduite et de travail						
Vérification journalière						
Transport matières dangereuses						
Dépistage/stupéfiants et alcool						
Arrimage des charges						
Systèmes de roulement						
Freins pneumatiques						
Conduite préventive						
Économie énergétique						
SIMDUT						
Relations avec la clientèle						
Autres (précisez)						
Avez-vous déjà reçu des mentions honorifiques? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
Si oui, de qui les avez-vous reçues? _____						
<b>Accidents, incidents:</b>						
Avez-vous déjà eu des accidents ou incidents en utilisant un véhicule au cours des 5 dernières années? (personnel ou camion lourd) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
Si oui, précisez la nature, la date et l'endroit où ils sont survenus: _____						
Nom de l'employeur à ce moment: _____						
Utilisez le verso de cette feuille si plus d'un incident ou accident.						

**Contraventions et amendes:**

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

Avez-vous déjà eu des contraventions et/ou amendes au cours des 3 dernières années, autres que pour violation de stationnement, avec votre véhicule personnel? Oui  Non

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre question, remplissez les cases suivantes (utilisez le verso au besoin)

Endroit	Date	Nature de la condamnation	Sentence	Points inaptitude

**Expérience et qualifications****Entretien et réparation:**

Entretien et réparation de véhicules lourds Oui  Non

Indiquez formation et expérience: \_\_\_\_\_

**Manutention:**

		Nb d'années			Nb d'années
Équipement / activité	Formation	d'expérience	Équipement / activité	Formation	d'expérience
Conduite chariot élévateur			Arrimage		
Triage de marchandises et compte			Répartition de charge		
Manutention et protection marchandise			Connaissance et documents		

**Indiquez toute formation théorique et les cours suivis à ce niveau: (s'il y a lieu)**

Cours	Date	Nom et lieu de la maison d'enseignement	Spécialisation

**Antécédents****Accidents de travail:**

Avez-vous déjà subi un ou des accidents de travail en rapport avec l'utilisation de véhicules lourds ou en rapport avec l'emploi postulé au cours des 5 dernières années? Oui  Non

Si oui, donnez en les dates en commençant par la plus récente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de l'employeur à ce moment là: \_\_\_\_\_

Type de blessure subie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

## **À ÊTRE LU ET SIGNÉ PAR LE CANDIDAT:**

### **Déclaration :**

Il est convenu et entendu que si je fais une déclaration fautive ou erronée, dans le cadre de ma demande d'emploi ou si j'ai omis de fournir des renseignements requis dans le présent formulaire ou ses annexes, je serai passible de renvoi à compter de la découverte de la fautive déclaration ou omission, en conformité avec les exigences de cautionnement (Bond), les règlements internes, la convention de travail, ainsi que les politiques et procédures de l'entreprise.

Il est convenu et entendu que l'entreprise et ses agents peuvent enquêter sur mes antécédents pour vérifier mes états de service et s'assurer que mes déclarations sont exactes.

### **Alcool et drogue = tolérance zéro :**

En signant le présent formulaire d'embauche, j'accepte et je consens d'être testé relativement à ma consommation de drogues et d'alcool avant l'embauche et si je suis embauché, par la suite selon les politiques de la compagnie, en donnant des échantillons de mon urine pour qu'elle puisse être analysée dans un laboratoire spécialisé. Sur demande de Transport M. Charette inc. j'accepte aussi de passer un Alcootest pour vérifier si j'ai de l'alcool dans mon corps. La politique de Transport M. Charette est tolérance zéro en matière de consommation d'alcool et de drogue, sur les lieux du travail ou lorsque l'employé exerce ses fonctions. Un employé se trouvant ainsi sous l'influence de l'alcool ou de la drogue est passible de sanctions pouvant aller jusqu'au congédiement.

### **Autres renseignements et examen médical :**

J'accepte de fournir des renseignements et/ou des documents supplémentaires pour compléter le présent formulaire et de me soumettre à un examen médical auprès d'un médecin choisi ou désigné par l'entreprise, si requis.

J'autorise par la présente, l'entreprise à obtenir de mes employeurs précédents, les informations consignées au sein des dossiers me concernant que ceux-ci ont constitués, ainsi qu'auprès de toute personne ou organisme à qui l'entreprise jugerait nécessaire de s'adresser.

### **Dossier de conduite :**

J'accepte que Transport M.Charette. fournisse périodiquement une copie de mon dossier de conduite à sa compagnie d'assurance.

Il est convenu que si je suis engagé, je serai soumis à une période d'essai durant laquelle je pourrai être renvoyé sans aucun recours.

Ma signature certifie que cette demande d'emploi a été complétée par moi et que toutes les données et informations sont complètes et vraies, au meilleur de ma connaissance.

Signature du candidat: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**À L'USAGE DU PERSONNEL SEULEMENT: Le candidat ne doit rien écrire ici.**

**A: ENTREVUE**

Personne qui fait passer l'entrevue	Date:	Observations et commentaires

**B: À L'USAGE DU PRÉPOSÉ AU TEST ROUTIER**

Administré par	Date	Résultat	Classement	Observations et commentaires

**C: CONTRÔLE DES RÉFÉRENCES**

Emplois antérieurs	Personne contactée	Commentaires
1		
2		
3		
4		
5		

Contrôle effectué par: \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DÉCLARATION DE SANTÉ DE L'EMPLOYÉ (doit être retournée complétée)

**Note :** Ce questionnaire a pour but d'obtenir un portrait général de votre condition physique actuelle ainsi que des renseignements sur vos antécédents médicaux. Nous n'utiliserons les renseignements fournis que pour nous assurer que vous possédez les qualités et les aptitudes requises pour l'emploi postulé. Il nous permettront de déterminer la pertinence d'un examen médical, mais n'impliquent pas nécessairement cet examen.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Poids il y a un an : \_\_\_\_\_ Cause de la variation de poids (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS

	Oui	Non
Une de vos demandes d'assurance a-t-elle déjà été refusée, modifiée ou acceptée avec surprime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recevez-vous ou avec-vous déjà reçu des prestations d'invalidité ou d'accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi un examen de dépistage du virus du sida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà été soigné pour les maladies ou affections suivantes ou en avez-vous ressenti des symptômes ?

	Oui	Non		Oui	Non
Affection des oreilles ou surdit�e :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie nerveuse ou mentale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoolisme ou toxicomanie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraines ou maux de tête sévères ou chroniques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cérébraux ou neurologiques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite ou rhumatisme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de l'intestin, de l'estomac ou du foie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer ou fumeur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la colonne vertébrale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsions (�pilepsie, inconscience) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des organes génitaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles visuels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles rénaux ou des voies urinaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D�ficiency coronarienne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des vaisseaux sanguins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du sang ou des glandes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles pulmonaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Présentez-vous une anomalie physique ou une difformité, ou souffrez-vous d'une maladie non mentionnée ci-haut pouvant affecter vos capacités à exécuter le travail relié à l'emploi postulé ?

Oui  Non

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

 tes-vous enceinte ? \_\_\_\_\_ Si oui, à quelle date est prévu l'accouchement ? \_\_\_\_\_

Prenez-vous actuellement des médicaments de façon régulière ? \_\_\_\_\_

Recevez-vous des soins ou des traitements médicaux ? \_\_\_\_\_ Devez-vous en recevoir sous peu ? \_\_\_\_\_

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

	Cigarettes	Boissons alcooliques	Stupéfiants divers
De quelle quantité par semaine faites-vous usage de :	_____	_____	_____
En avez-vous déjà fait un plus grand usage ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance. J'accepte que toute fausse déclaration ou omission puisse entraîner mon non-engagement de même que la perte de mon emploi ou celle d'un droit à tout avantage relié à une pension ou à une indemnité en rapport avec mon état de santé.

\_\_\_\_\_  
Signature du candidat

\_\_\_\_\_  
Date