

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI

## Aide à domicile

**À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE RÉPONDRE :** Les renseignements qui vous sont demandés sont tous nécessaires pour l'étude de votre candidature. Ces renseignements sont sujets à vérification. (Si un curriculum vitæ est disponible, l'annexer au présent formulaire.)



**Retourner à :**

Services Kam-Aide inc.  
1514, 1<sup>re</sup> rue Poiré  
La Pocatière (Québec) G0R 1Z0

***Ne pas inscrire dans cet espace.***

Emploi : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Entrevue : \_\_\_\_\_  
Retenu :  Oui  Non

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

#### Section 1 – Informations sur le candidat

Nom		Prénom	
Adresse			
Ville			
Téléphone Maison	( )	Autre	( )
		Courriel	
Langue parlée	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> _____		Avez-vous le droit de travailler au Canada ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Possédez-vous un permis de conduire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Possédez-vous une voiture ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

#### Section 2 - État de santé

Êtes-vous présentement atteint d'une maladie quelconque, physique ou psychologique, pouvant avoir une influence sur votre capacité à exercer les gestes et tâches requis par le poste ? Si oui, précisez :  Oui  Non

Avez-vous déjà suivi, suivez-vous ou prévoyez-vous suivre un traitement médical ou subir une chirurgie pouvant avoir une influence sur votre capacité à exercer les gestes et tâches requis par le poste ? Si oui, précisez :  Oui  Non

Prenez-vous actuellement une médication quelconque pouvant avoir une incidence sur votre capacité à exercer les gestes et tâches requis par le poste ? Si oui, précisez :  Oui  Non

Avez-vous des limitations fonctionnelles au niveau physique et/ou psychologique pouvant avoir une influence sur votre capacité à exercer les gestes et tâches requis par le poste ? Si oui, précisez :  Oui  Non

Allergies connues  Oui  Non Si oui, lesquelles :

### DISPONIBILITÉS

#### Section 3 - Disponibilités

Jour <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	Samedi <input type="checkbox"/>	Dimanche <input type="checkbox"/>
Soir <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	Samedi <input type="checkbox"/>	Dimanche <input type="checkbox"/>
Nuit <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	Samedi <input type="checkbox"/>	Dimanche <input type="checkbox"/>

Cochez les clientèles auxquelles vous êtes prêts à travailler ?

- Personnes âgées  Souffrant d'Alzheimer  Personnes handicapées   
 Jeunes familles  Santé mentale  Soins palliatifs

Parmi les tâches suivantes, lesquelles êtes-vous en mesure d'effectuer avec habileté ?

- Entretien ménager régulier  Grand ménage  Préparation de repas   
 Présence surveillance  Autres travaux intérieurs  Autres travaux extérieurs

## FORMATION

### Section 4 - Formation

Cochez la dernière année d'études terminée et le ou les diplômes obtenus

Ordre d'enseignement	Année d'études	Spécialité	Diplôme obtenu
Primaire	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 6 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 7 <sup>e</sup>		
Secondaire général	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup>		<input type="checkbox"/> DES
Secondaire professionnel	<input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup> <input type="checkbox"/> 6 <sup>e</sup>		<input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> DEP <input type="checkbox"/> ASP
Collégial général (préuniversitaire)			<input type="checkbox"/> DEC
Collégial professionnel (technique)			<input type="checkbox"/> DEC <input type="checkbox"/> AEC <input type="checkbox"/> CEC
Universitaire			<input type="checkbox"/> CERT <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> MA

## EXPÉRIENCES DE TRAVAIL (commencer par l'emploi le plus récent)

### Section 5 – Expériences de travail

De	An	Mois	à	An	Mois	Nom de l'employeur
Salaire :			Emploi ou titre de fonction :			
Principales tâches accomplies : _____						
_____						
_____						

De	An	Mois	à	An	Mois	Nom de l'employeur
Salaire :			Emploi ou titre de fonction :			
Principales tâches accomplies : _____						

De	An	Mois	à	An	Mois	Nom de l'employeur
Salaires :			Emploi ou titre de fonction :			
Principales tâches accomplies : _____						

<b>RÉFÉRENCES</b>		
<b>Section 6 - Références</b>		
Nom :	Téléphone : (    )	Lien avec cette personne :
Nom :	Téléphone : (    )	Lien avec cette personne :
Nom :	Téléphone : (    )	Lien avec cette personne :
Nous autorisez-vous à communiquer avec chacune des personnes ci-haut ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

<b>ATTESTATION</b>		
<b>Section 7 - Attestation</b>		
<p>Je certifie que les informations sont véridiques et je comprends que toute fausse déclaration peut entraîner le rejet de ma candidature ou, advenant mon embauche, mon renvoi quel que soit le temps écoulé entre le jour de mon embauche et la découverte des faits.</p> <p>Je comprends également que Services Kam-Aide inc. pourra me demander de subir un examen médical auprès de son médecin désigné afin de confirmer que mon état de santé me permet d'exécuter correctement les gestes et tâches requis pour mon poste. J'accepte de me soumettre à un tel examen médical, le cas échéant.</p> <p>Je reconnais que j'ai lu et que j'approuve les déclarations faites dans cette offre de service.</p>		
Nom :	Signature :	Date :