

# SCIERIE ST-FABIEN INC.

## Fiche d'information de pré-emploi 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

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_

Clinique médicale où vous consultez : \_\_\_\_\_

Date du dernier examen médical : \_\_\_\_\_

**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 ou allergies (asthme, bronchite chronique...) ?*

oui  non description et date \_\_\_\_\_

*Maladies du système digestif (intestin, foi, estomac...) ?*

oui  non description et date \_\_\_\_\_

*Diabète ou problème de la thyroïde ?*

oui  non description et date \_\_\_\_\_

*Fracture, entorse, tendinite, problème de dos ou aux articulations ?*

oui  non description et date \_\_\_\_\_

*Problème d'audition ou de la vue ?*

oui  non description et date \_\_\_\_\_

*Autre : \_\_\_\_\_*

Avez-vous une condition de santé qui, à votre avis, pourrait nécessiter une adaptation particulière concernant l'emploi postulé ?

oui  non description \_\_\_\_\_

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

## 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 \_\_\_\_\_