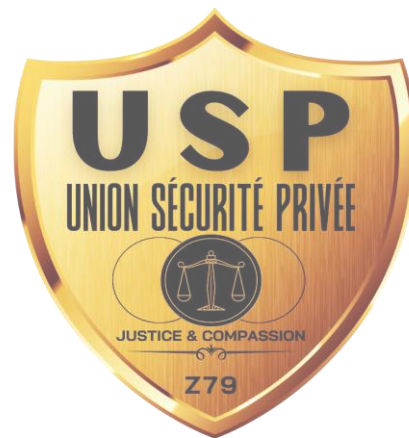


UNION SÉCURITÉ PRIVÉE

Site internet: unionsecuriteprivee.com

Courriel: unionsecuriteprivee@gmail.com

Téléphone: 514-561-2204



Fiche d'embauche - Agent de gardiennage

IDENTIFICATION

LANGUE DE CORRESPONDANCE : FRANÇAIS ANGLAIS AUTRE:

Sexe: M F

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone résidence : _____ - _____ - _____ Numéro cellulaire : _____ - _____ - _____

Adresse courriel : _____

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____

N° d'assurance maladie : _____

N° d'assurance sociale : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Important: Si votre NAS commence par un "9" veuillez nous fournir une copie de votre carte d'assurance sociale, ainsi qu'une copie de votre permis de travail au Canada.

PROGRAMME DE RÉFÉRENCE :

Référé par : _____

PERMIS ET FORMATIONS

Formation en sécurité Oui Non

École : _____ Nombre d'heures : _____

Permis de Sécurité (Émis par le B.S.P):

No permis : _____ Expiration : _____

Premiers soins RCR / DEA Oui Non

No permis/ session : _____ Nombre d'heures: _____

Expiration : _____

ASP construction Oui Non No permis : _____

Prévention incendie Oui Non

PERMIS DE CONDUIRE: (Merci de joindre une copie)

No de permis de conduire: _____

Date d'expiration(aaaa/mm/jj): ____/____/____

Classe(s): 4A, 4B, 4C ou Autre: _____

Véhicule disponible : Oui Non

MÉDICAL:

Poids (lbs) : _____ **Taille (m) :** _____

Couleur yeux : _____ **Couleur cheveux :** _____

Avez-vous eu des blessures (sportives ou autres) qui vous occasionnent des limitations au niveau de certains mouvements? Oui Non

Si la réponse est oui, veuillez préciser :

Prenez-vous une médication de façon régulière? Oui Non

Si la réponse est oui, veuillez préciser :

Avez-vous des allergies? Oui Non

Si la réponse est oui, veuillez préciser :

J'accepte de passer un examen médical et un dépistage de drogue au besoin. Oui Non

Personne à rejoindre en cas d'urgence (Prénom & nom) : _____

Lien de parenté : _____

Numéro téléphone d'urgence : _____ - _____ - _____

*** Fournir un spécimen de chèque pour votre dossier employé**

ATTESTATION

Je, soussigné _____, accepte les conditions d'emploi mentionnées ci-haut et je déclare que les renseignements fournis sont véridiques. Je m'engage à aviser mon employeur de tout changement quant aux renseignements fournis.

De plus, je comprends que toute information incorrecte ou omise concernant ma condition physique pourrait conduire à un congédiement administratif.

Signature de l'employé: _____

Signature employeur: _____

Date : _____