



UN MONDE À MOI MSSI.CA

DEMANDE D'EMPLOI

350, St-Denis, Saint-Sauveur-des-Monts, Québec, J0R 1R3
Téléphone: (450) 227-4671, Télécopieur : (450) 227-2066, Courriel : resshum@mssi.ca

CODES: 1: _____
2: _____
3: _____

NOM _____ PRÉNOM _____ ADRESSE COURRIEL _____	ASSURANCE SOCIALE (OBLIGATOIRE À L'EMBAUCHE)		
	_____	_____	_____

NO. PERMIS DE CONDUIRE (Facultatif) _____	DATE DE NAISSANCE (OBLIGATOIRE À L'EMBAUCHE)		
	JOUR _____	MOIS _____	ANNÉE _____

ADRESSE : _____ NO _____ RUE _____ VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____ NO. TÉLÉPHONE _____ RÉSIDENCE _____ TRAVAIL OU AUTRE _____	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> A l'année <input type="checkbox"/> Été seulement <input type="checkbox"/> Hiver seulement <input type="checkbox"/> Autre	DISPONIBILITE
		<input type="checkbox"/> JOUR <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/> NUIT D L M Me J V S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

EMPLOI DÉSIRÉ	Salaire souhaité _____	Date de disponibilité _____
----------------------	------------------------	-----------------------------

Indiquer et décrire le genre d'emploi désiré (<u>mentionnez</u> quelques choix) 1) _____ 2) _____ 3) _____	LANGUES PARLÉES	LANGUES ÉCRITES
	<input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> AUTRES (spécifiez) _____	<input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> AUTRES (spécifiez) _____

Cochez ici si vous avez une préférence pour une station en particulier : <input type="checkbox"/> Mont St-Sauveur <input type="checkbox"/> Mont Avila <input type="checkbox"/> Morin Heights <input type="checkbox"/> Mont Gabriel <input type="checkbox"/> Mont Olympia <input type="checkbox"/> Camping Morin Heights	Avez-vous le droit de travailler au Canada ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Ce droit est reconnu aux citoyens Canadiens, aux immigrants reçus et aux détenteurs d'un permis de travail) Nous pratiquons l'accès à l'égalité en regard des personnes handicapées.
---	--

Avez-vous déjà été à notre service ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, Quand? _____
--

Connaissez-vous quelqu'un qui travaille pour nous ? Nom _____	Par quel(s) moyen(s) avez-vous entendu parler de MSSI et des emplois offerts ? <input type="checkbox"/> Site web <input type="checkbox"/> Journaux <input type="checkbox"/> Bannières <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
---	--

*****N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE PARTIE ! ***S'IL VOUS PLAÎT, COMPLÉTEZ LE VERSO.**

<input type="checkbox"/> MONT ST-SAUVEUR <input type="checkbox"/> MONT AVILA <input type="checkbox"/> PARC AQUATIQUE <input type="checkbox"/> SKI MORIN HEIGHTS <input type="checkbox"/> MONT OLYMPIA <input type="checkbox"/> SKI MONT GABRIEL <input type="checkbox"/> EDELWEISS	NOM DU DÉPARTEMENT _____	STATUT Saisonnier <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL QUART DE TRAVAIL	CHANGEMENT EM05 _____ <input type="checkbox"/> JOUR <input type="checkbox"/> SOIR <input type="checkbox"/> NUIT
	NO. DU DÉPARTEMENT _____			

FONCTION _____ CODE _____	DATE DÉBUT DE L'EMPLOI		
SALAIRE HEBDOMADAIRE _____ TAUX HORAIRE _____	JOUR _____	MOIS _____	ANNÉE _____

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT _____	DATE _____
CHEF D'UNITÉ _____	DATE _____
RESSOURCES HUMAINES _____	DATE _____

❖ **CODE D'ACCÈS**

* Code d'accès téléphonique : COR 12 _____
COR 13 _____
COR 14 _____

FORMATION ACADEMIQUE

Nom et localité de l'école	DATE		Matière principale	Diplôme obtenu
	DE ANNÉE	A ANNÉE		

ATTESTATIONS PROFESSIONNELLES (Ex: moniteur de ski, sauveteur, etc...)**NIVEAU OBTENU****ANNÉE D'OBTENTION**

EMPLOIS PRÉCÉDENTS (Commencez par le plus récent. Utilisez un deuxième formulaire si nécessaire)

NOM DE L'EMPLOYEUR	DATE				TITRE DU POSTE
	DE		À		
	MOIS	AN	MOIS	AN	
ADRESSE	NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT			SALAIRE	
TÉLÉPHONE	RAISON DU DÉPART				
NOM DE L'EMPLOYEUR	DATE				TITRE DU POSTE
	DE		À		
	MOIS	AN	MOIS	AN	
ADRESSE	NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT			SALAIRE	
TÉLÉPHONE	RAISON DU DÉPART				
NOM DE L'EMPLOYEUR	DATE				TITRE DU POSTE
	DE		À		
	MOIS	AN	MOIS	AN	
ADRESSE	NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT			SALAIRE	
TÉLÉPHONE	RAISON DU DÉPART				
NOM DE L'EMPLOYEUR	DATE				TITRE DU POSTE
	DE		À		
	MOIS	AN	MOIS	AN	
ADRESSE	NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT			SALAIRE	
TÉLÉPHONE	RAISON DU DÉPART				
CONDITIONS:					
<p>1. Je vous autorise à vérifier toutes les déclarations faites par moi dans la présente demande d'emploi ou toute information jugée utile dans le cadre d'une enquête pré-emploi, et à communiquer avec mon ou mes employeurs actuels Signature (autorisation) et/ou mes employeurs antérieurs afin d'obtenir de leurs représentants présents ou passés, toute information jugée utile dans le cadre d'une enquête pré-emploi. Par le fait même j'autorise mes employeurs antérieurs pour une période de 3 mois à divulguer toute information contenue dans mon dossier d'employé(e). Signature (autorisation)</p> <p>2. Il est convenu qu'advenant mon embauche, je serai soumis(e) à une période d'essai conformément aux politiques en vigueur dans l'entreprise, période au cours de laquelle je peux être remercié(e) de mes services sans aucun recours.</p> <p>3. Je certifie que toutes les déclarations faites par moi dans la présente demande sont véridiques. Je conviens que toute fausse déclaration ou toute omission de renseignements demandés peut entraîner le rejet de ma candidature ou mon renvoi sans préavis ou indemnité le cas échéant.</p>					
_____ Signature			_____ Date		