



VILLE DE L'ASSOMPTION SERVICE DE SÉCURITÉ INCENDIE

DEMANDE D'EMPLOI / POMPIER

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom:	Prénom:
Adresse:	Code Postal :
Téléphone : Résidence ()	Travail ()
Date de naissance: / / Année Mois Jour	

FORMATION ACADÉMIQUE

Degré de scolarité:
Autres spécialités ou cours:

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Employeur actuel:	Tél.: ()
Adresse:	Code Postal :
Supérieur immédiat chez l'employeur actuel:	
Nature de votre travail:	
Heures Habituelles de travail:	
En tout temps, votre employeur vous autorisera-t-il à répondre aux alertes d'incendies durant vos heures de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

AUTRES INFORMATIONS

Date du dernier examen médical:
Nom de votre médecin:
Souffrez-vous d'une maladie ou d'un handicap quelconque? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Possédez-vous une voiture? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Permis de conduire :
Classe de votre permis de conduire: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4A <input type="checkbox"/> 4B <input type="checkbox"/> 4C <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6A <input type="checkbox"/> 6B <input type="checkbox"/> 6C <input type="checkbox"/> 6D <input type="checkbox"/> 8

Signature : _____

Date : / /
Année Mois Jour

***IMPRIMER ET REMPLIR LE FORMULAIRE**

**Ce formulaire utilise le genre masculin. Ceci n'est que pour alléger le texte.*