



TRANSPORT BERNIÈRES
1721, A.R. DECARY, QUÉBEC G1N 3Z7,
Recrutement : Pierre Labrie 418-956-6639

SVP veuillez écrire clairement en lettres moulées — Chaque section doit être complétée.

Informations personnelles					
Nom de famille		Prénom		Disponibilité de conduite Temps plein <input type="checkbox"/> Québec <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/>	
Adresse actuelle		Salaire hebdomadaire demandé		Années de résidence à l'adresse actuelle de (mois/année) à (mois/année)	
Ville, province, code postal			Date de naissance	Tél. (maison)	Cellulaire
Indiquez vos adresses des trois dernières années Si c'est la même que ci-haut, cochez ici <input type="checkbox"/> 1. 2. 3.				Période passée à chaque adresse de (mois/année) à (mois/année)	
Numéro de permis	Date d'expiration	Classes		# d'assurance sociale	
Inscrire votre adresse de courriel ici.		État civil ? Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de faits <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/>			
Où avez-vous entendu parler de Transport Bernières ? Journal de Québec <input type="checkbox"/> Hebdomos régionaux <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> CFTR <input type="checkbox"/> ENCEL <input type="checkbox"/> CFTC <input type="checkbox"/> Référé par un chauffeur <input type="checkbox"/> Sollicité <input type="checkbox"/>					
Informations spécifiques au poste de camionneur					
Avez-vous un permis de classe 1 valide?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous plus de 25 ans?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous plus de 3 points d'inaptitude à votre dossier de conduite?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà été condamné pour un crime qui pourrait vous empêcher de traverser aux États Unis?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Parlez-vous et comprenez-vous l'anglais?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Souffrez-vous de limitations physiques dont nous devrions être au courant?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous en mesure de traverser la frontière américaine?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Êtes-vous en mesure de soulever 50 livres?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous disposé à travailler la nuit ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Êtes-vous disposé à travailler la fin de semaine ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous approuvé FAST/EXPRES (ou en avez-vous fait la demande)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà été testé positif sur un test de drogue ou avez-vous déjà refusé d'en subir un?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>



Expérience de conduite tracteur/semi-remorque

Indiquez de quelle expérience de conduite de camions nécessitant un permis de la classe 1 vous disposez ?	Quels types de véhicules commerciaux avez-vous conduit?	Cotez votre expérience 0=Aucune 1=Limitée (moins d'un an) 2=Un peu d'expérience (1-3 ans) 3=Expérimenté (3 ans ou plus)			
Formation scolaire seulement <input type="checkbox"/>	Camion porteur <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
Moins de 6 mois <input type="checkbox"/>	Citerne <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
6 mois à 1 an <input type="checkbox"/>	Plateforme <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
1 à 2 ans <input type="checkbox"/>	Dry box 48' et 53' <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
3 à 5 ans <input type="checkbox"/>	Unité réfrigérée <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
5 ans ou plus <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	0	1	2	3

Expérience des régions parcourues

Indiquez quelles régions vous êtes disposé(e) à parcourir en tant que chauffeur chez Transport Bernières ?	Quelles régions avez-vous parcourues avec un véhicule nécessitant un permis de classe 1 ?	Cotez votre expérience 0=Aucune 1=Limitée (moins d'un an) 2=Un peu d'expérience (1-3 ans) 3=Expérimenté (3 ans ou plus)			
Côte nord <input type="checkbox"/>	Côte nord <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
Autres régions du Québec <input type="checkbox"/>	Autres régions du Québec <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
Côte est américaine <input type="checkbox"/>	Côte est américaine <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
Ville de New-York <input type="checkbox"/>	Ville de New-York <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
Ontario <input type="checkbox"/>	Ontario <input type="checkbox"/>	0	1	2	3
Mid-West amécaïn <input type="checkbox"/>	Mid-West amécaïn <input type="checkbox"/>	0	1	2	3

Faites la liste de tous les accidents survenus au cours des trois dernières années reliés à l'utilisation, la propriété ou l'opération de tout véhicule moteur (personnel ou commercial).

Si aucun, cochez ici

Faites la liste de toutes les contraventions obtenues au cours des trois dernières années reliées à l'utilisation, la propriété ou l'opération de tout véhicule moteur (personnel ou commercial).

Si aucun, cochez ici

Votre permis a-t-il déjà été suspendu ou révoqué pour quelque raison que ce soit? A-t-on déjà refusé de vous accorder un permis pour quelque raison que ce soit?

Si non, cochez ici

Faites la liste de toutes les accidents du travail dont vous avez été victime au cours des 10 dernières années ?

Si aucune, cochez ici



Historique d'emploi

Veillez faire la liste de vos emplois des dix (10) dernières années. Vous devez indiquer les périodes entre les différents emplois et les expliquer (ex. : sans emploi/travailleur autonome/aux études).

Veillez commencer par votre employeur le plus récent.

Les *Federal Motor Carrier Safety Regulations* (FMCSRS) s'appliquent à toute personne qui conduit un véhicule moteur sur l'autoroute dans un cadre commercial inter états qui transporte des passagers ou de la marchandise lorsque le véhicule (1) pèse ou a un PTAC de 10 001 livres. ou plus (2) est conçu pour transporter 9 passagers ou plus ou (3) peu importe sa taille, est utilisé pour transporter des matières dangereuses demandant l'apposition de placards.

1. Dernier/actuel employeur

de

à

Adresse

Numéro de téléphone

Raison(s) du départ

Poste occupé

Étiez-vous soumis aux FMCSR (voir définition plus haut) dans le cadre de cet emploi ? Oui Non

Votre emploi était-il désigné comme une fonction à sécurité élevée et sujette à des tests de drogue et alcool, en vertu du Code of Federal Regulations CFR section 40? Oui Non

2. Employeur précédent

de

à

Adresse

Numéro de téléphone

Raison(s) du départ

Poste occupé

Étiez-vous soumis aux FMCSR (voir définition plus haut) dans le cadre de cet emploi ? Oui Non

Votre emploi était-il désigné comme une fonction à sécurité élevée et sujette à des tests de drogue et alcool, en vertu du Code of Federal Regulations CFR section 40? Oui Non

3. Employeur précédent

de

à

Adresse

Numéro de téléphone

Raison(s) du départ

Poste occupé

Étiez-vous soumis aux FMCSR (voir définition plus haut) dans le cadre de cet emploi ? Oui Non

Signature

La présente atteste que j'ai personnellement rempli ce formulaire et que toute l'information qui y est consignée est véridique et complète au meilleur de ma connaissance. Si je devais être embauché, je comprends que le fait d'avoir fourni de l'information fausse ou trompeuse dans ce formulaire ou lors d'entrevue(s) pourrait résulter en un congédiement.

Signature du candidat : _____ Date : _____



FAX DE : GUY BROCHU
Directeur de la conformité
Transport Bernières
Fax : 1-418-684-2428

Bonjour, vous trouverez ci-joint le formulaire pour nous transmettre les références de l'employé mentionné au bas de cette page. Auriez-vous l'obligeance de nous retourner ce formulaire complété à votre plus prochaine convenance. Merci

Clause d'autorisation

J'autorise la compagnie et/ou ses représentants à faire les vérifications et enquêtes qui peuvent être nécessaires au moment de décider de l'attribution du poste. Cela inclut mon passé personnel, mon historique d'emploi, mon historique de crédit, mon dossier de conduite, mon dossier judiciaire, les résultats de mes tests de dépistage de drogue et alcool de mes employeurs passés (ou leurs compagnies apparentées) et autres items pertinents. De façon générale, des vérifications des dossiers médicaux ne seront faites que si elles sont requises et après qu'une offre d'emploi conditionnelle ait été déposée. Je m'engage par la présente à dégager de toute responsabilité les employeurs, les enseignants, les professionnels de la santé et autres personnes et les autorise à collaborer aux vérifications et à fournir l'information en rapport avec ma demande d'emploi.

J'autorise par la présente TRANSPORT BERNIÈRES à communiquer avec mes ex-employeurs, afin de demander et d'obtenir les informations de mon dossier d'employé et la transmission d'information concernant mes tests de dépistage d'alcool et de drogues s'il y a lieu. J'autorise de ce fait mon ex-employeur à transmettre les informations qui lui seront demandées. Je comprends entièrement ce qui précède et donne mon consentement à l'obtention de l'information requise par 49 CFR 382.413

Si embauché, ou si on m'attribue un contrat, cette autorisation restera à mon dossier et pourra servir d'autorisation à de nouvelles vérifications ou demandes de rapports jugés nécessaires au cours de la période de mon emploi ou de mon contrat. De plus, je comprends que la compagnie et/ou ses représentants peuvent garder l'information à mon sujet à mon dossier (incluant mes performances de travail) comme étant liée à mon emploi et la transmettre à une autre partie avec mon consentement écrit.

J'accepte de fournir l'information suivante comme partie intégrante de la présente demande d'emploi :

- Dossier des sinistres automobiles FCSA
- Dossier de la SAAQ (actuel, incluant les 30 derniers jours)
- Dossier de chauffeur (actuel, incluant les 30 derniers jours)
- Résultats de vérification de dossier criminel (actuel, incluant les 90 derniers jours)

Signature

J'atteste que toute l'information contenue dans ce formulaire de demande d'emploi est complète et exacte.

Nom en lettres moulées :

Numéro de permis de conduire :

Signature

Date



Formulaire de déclaration de l'état de santé

TRANSPORT BERNIÈRES

1721, A.R. DECARY, QUÉBEC, G1N 3Z7, 418-956-6238

Déclaration de l'état de santé

SVP veuillez écrire clairement en lettres moulées — Chaque section doit être complétée.

Information personnelle					
Numéro d'assurance-maladie	Nom :	Prénom:	Signature:		
Fumez-vous ? Oui Non Combien ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prenez-vous des médicaments ? Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Consommez-vous de la drogue ? Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Consommez-vous de la boisson ? Oui Non Combien ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Maladies ou affections spécifiques					
Affection des oreilles ou surdité	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Alcoolisme ou toxicomanie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Troubles visuels autres que myopie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Convulsion épilepsie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Hypertension ou Hypotension artérielle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cholestérol	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Troubles cérébraux ou neurologiques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Allergies	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Arthrites ou rhumatisme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maux de tête sévères ou chroniques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Troubles de la colonne vertébrale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Troubles rénaux ou des voies urinaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Troubles des vaisseaux sanguins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maladie du sang ou des glandes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Maladies nerveuses ou mentales	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Troubles pulmonaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Troubles de l'intestin, de l'estomac ou du foie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Déficiences coronariennes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Cancer ou tumeur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous affecté d'une autre maladie non mentionnée ci-haut ? . Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle ?					
<i>Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets. Toute fausse déclaration peut entraîner mon non engagement, mon congédiement ou la perte d'un droit ou d'un avantage relié à une pension ou à une indemnité en rapport avec mon état de santé.</i>					