



Titre d'emploi postulé :	N° de concours (s'il y a lieu)	Date de disponibilité
--------------------------	--------------------------------	-----------------------

IDENTIFICATION

Nom	Prénom	Numéro de téléphone (domicile)
		Numéro de téléphone (cellulaire)
Adresse postale	Ville	Numéro de téléphone (travail)
Province	Code postal	Êtes-vous au service de la ville ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse de courrier électronique	Avez-vous le droit de travailler au Canada ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous déjà été au service de la ville ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type d'emploi recherché		
<input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> Temporaire ou auxiliaire	
<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Cadre	Disponibilité (emploi temporaire ou auxiliaire seulement)
<input type="checkbox"/> Col blanc	<input type="checkbox"/> Col blanc	_____ heures hebdomadaires
<input type="checkbox"/> Col bleu	<input type="checkbox"/> Col bleu	_____ jours par semaine
<input type="checkbox"/> Professionnel	<input type="checkbox"/> Professionnel	Lu Ma Me Je Ve Sa Di
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Étudiant – emploi d'été	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autre : _____	

ACCÈS À L'ÉGALITÉ EN EMPLOI

La Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans des organismes publics est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2001 et vise à favoriser une représentation équitable des groupes qui sont fréquemment victimes de discrimination en emploi. Elle oblige des organismes publics à procéder à l'analyse de leurs effectifs afin que soit déterminé, pour chaque emploi, le nombre de personnes faisant partie de chacun des groupes désignés dans le présent questionnaire, soit les femmes, les Autochtones, les minorités visibles, les minorités ethniques et, depuis le 17 décembre 2005, les personnes handicapées. Le questionnaire a pour objet d'identifier les personnes membres de ces groupes afin de pouvoir ensuite vérifier si elles sont en proportions suffisantes dans les différents emplois de l'organisme.

Les renseignements recueillis lors de cette identification ne serviront qu'aux fins de l'application de la Loi, seront strictement confidentiels et ne seront connus que des personnes responsables de l'application du programme d'accès à l'égalité en emploi. Ces renseignements permettront notamment de mettre en œuvre des mesures d'accès à l'égalité, de mesurer les progrès réalisés et de rendre compte des résultats de la représentation des membres des groupes visés dans notre organisme à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Les femmes et les personnes handicapées peuvent faire partie de plus d'un groupe visé. Par ailleurs, les définitions pour les Autochtones, les minorités visibles et les minorités ethniques sont mutuellement exclusives, c'est-à-dire qu'une personne ne peut s'identifier qu'à un seul de ces trois groupes. Enfin, les personnes qui ne font partie d'aucun de ces groupes doivent néanmoins le signifier en répondant simplement « NON » à la question se rapportant à chaque groupe.

Faites-vous partie de l'un ou l'autre de ces groupes ?

	Oui	Non		Oui	Non
Femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minorité visible ••	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autochtone •	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minorité ethnique •••	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne handicapée ••••	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- Autochtone : Indiens, Inuits ou Métis du Canada.
- Minorité visible : personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race ou de couleur blanche. À titre d'exemple : Noirs, personnes originaires de l'Asie, des îles du Pacifique, d'Asie occidentale et Arabes, Arméniens, Iraniens, Libanais, Marocains, Égyptiens, Turcs et Latino-américains.
- Minorité ethnique : personnes, autres que les Autochtones et les personnes d'une minorité visible, dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais. Pour les fins du présent questionnaire, la langue maternelle est celle que vous avez apprise en premier dans votre enfance et que vous devez encore comprendre pour faire partie d'une minorité ethnique. De plus, cette langue ne doit pas être le français ni l'anglais. À titre d'exemple : Allemands, Polonais, Bulgares, Portugais, Espagnols, Roumains, Grecs, Russes, Hongrois, Ukrainiens et Italiens.
- Personne handicapée : toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.

FORMATION GÉNÉRALE (en commençant par la plus récente)

Nom de l'établissement (ville)			Programme et discipline (ex. : DEC Arts et Lettres)		de	à
					mois	année
					mois	année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formation en cours	Diplôme obtenu	* Équivalence québécoise	
Secondaire	Collégial	Universitaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Nom de l'établissement (ville)			Programme et discipline (ex. : DEC Arts et Lettres)		de	à
					mois	année
					mois	année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formation en cours	Diplôme obtenu	* Équivalence québécoise	
Secondaire	Collégial	Universitaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Nom de l'établissement (ville)			Programme et discipline (ex. : DEC Arts et Lettres)		de	à
					mois	année
					mois	année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formation en cours	Diplôme obtenu	* Équivalence québécoise	
Secondaire	Collégial	Universitaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Nom de l'établissement (ville)			Programme et discipline (ex. : DEC Arts et Lettres)		de	à
					mois	année
					mois	année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formation en cours	Diplôme obtenu	* Équivalence québécoise	
Secondaire	Collégial	Universitaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Nom de l'établissement (ville)			Programme et discipline (ex. : DEC Arts et Lettres)		de	à
					mois	année
					mois	année
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formation en cours	Diplôme obtenu	* Équivalence québécoise	
Secondaire	Collégial	Universitaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Autres formations

Nom de l'institution	Titre du cours	de	à
		mois	année
		mois	année

Nom de l'institution	Titre du cours	de	à
		mois	année
		mois	année

Nom de l'institution	Titre du cours	de	à
		mois	année
		mois	année

Nom de l'institution	Titre du cours	de	à
		mois	année
		mois	année

Nom de l'institution	Titre du cours	de	à
		mois	année
		mois	année

* Si vous avez obtenu un diplôme à l'extérieur du Québec, vous devez nous fournir l'évaluation comparative délivrée par le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration.

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL (en commençant par la plus récente)

Si vous annexe votre curriculum vitae, il n'est pas nécessaire de compléter cette section en autant que les informations demandées ci-dessous y apparaissent.

Emploi actuel

Nom de l'employeur et adresse		de	
		mois	année
Emploi occupé		nombre d'heures travaillées par semaine	
Décrivez les tâches accomplies : _____			

Emplois antérieurs

Nom de l'employeur et adresse		Durée de l'emploi			
		mois	de	année	à
Emploi occupé	Raison du départ			nombre d'heures travaillées par semaine	
Décrivez les tâches accomplies : _____					

Nom de l'employeur et adresse		Durée de l'emploi			
		mois	de	année	de
Emploi occupé	Raison du départ			nombre d'heures travaillées par semaine	
Décrivez les tâches accomplies : _____					

Nom de l'employeur et adresse		Durée de l'emploi			
		mois	de	année	à
Emploi occupé	Raison du départ			nombre d'heures travaillées par semaine	
Décrivez les tâches accomplies : _____					

QUALIFICATIONS ET CONNAISSANCES GÉNÉRALES

Langues parlées

Français Anglais autre(s) : _____

Langues écrites

Français Anglais autre(s) : _____

Logiciels connus (ex. : Word, Excel, PowerPoint, etc.)

Êtes-vous membre d'une association ou d'un ordre professionnel ?

OUI NON

Titre : _____

jour mois année

Êtes-vous titulaire d'une attestation, d'un certificat ou d'un passeport délivré par une association ou une fédération sportive ?

OUI NON

Si oui, précisez : _____

niveau : _____

Déterminez-vous un permis, une licence ou une carte de compétence ?

OUI NON

Si oui, précisez : _____

Depuis le jour mois année

Numéro : _____

Expiration jour mois année

Déterminez-vous un permis de conduire ?

OUI NON Si oui, précisez : Classe(s) _____

Restriction(s) : _____

Expiration jour mois année

Habilités, talents, passe-temps ou intérêts

Avez-vous déjà été condamné pour une infraction criminelle ou pénale ayant un lien avec l'emploi postulé et pour laquelle vous n'avez pas obtenu de réhabilitation ?

OUI NON

J'atteste que tous les renseignements contenus dans la présente demande d'emploi sont véridiques et complets et je comprends que toute fausse déclaration peut entraîner le rejet de ma candidature et constitue une cause suffisante de congédiement. J'autorise la Ville de Pointe-Claire à prendre des références de travail auprès de mes employeurs antérieurs ou actuel ainsi que mon dossier académique. De plus, je consens à subir un examen médical pré-emploi si requis.

Signature : _____

jour mois année