

5 QUALIFICATIONS AQUATIQUES					
Joindre une copie	Croix de bronze	Premiers soins générales	Sauveteur national	Assistant-moniteur Croix-Rouge	Moniteur en sécurité aquatique Croix-Rouge
	<input type="checkbox"/> Complété <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Complété <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Complété <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Complété <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Complété <input type="checkbox"/> En cours
Préciser la date du brevet ou la date prévue :					
Date de qualification	Année - mois - jour	Année - mois - jour	Année - mois - jour	Année - mois - jour	Année - mois - jour
Date de qualification	Année - mois - jour	Année - mois - jour	Année - mois - jour	Année - mois - jour	Année - mois - jour
Autres (précisez) : _____					
Catégorie d'âge : <input type="checkbox"/> 15 et 16 ans <input type="checkbox"/> 17 ans et plus					
La déclaration du groupe d'âge est nécessaire afin d'assurer la conformité au <i>Règlement sur la sécurité dans les bains publics</i> (c.S-3, r.3) qui exige que le surveillant soit âgé d'au moins 17 ans et l'assistant surveillant-sauveteur d'au moins 15 ans.					

6 FORMATION ET PERFECTIONNEMENT				
ÉTUDES SECONDAIRES				
Années		Nom de l'établissement	Discipline / Spécialité	Diplôme obtenu ou dernière année d'études terminée
De	À			
ÉTUDES COLLÉGIALES				
Années		Nom de l'établissement	Discipline / Spécialité	Diplôme obtenu ou dernière année d'études terminée
De	À			
ÉTUDES UNIVERSITAIRES ET POSTUNIVERSITAIRES				
Années		Nom de l'établissement	Discipline / Spécialité	Diplôme obtenu ou dernière année d'études terminée
De	À			
Autres formations (cours de perfectionnement, mise à jour des connaissances, etc.)				

7 HISTORIQUE DE TRAVAIL		
Commencez avec l'emploi actuel ou le plus récent		
Nom de l'employeur	Fonction	Période d'emploi
Adresse de l'employeur		
Nom du supérieur immédiat		Téléphone
Tâches et responsabilités		Raison du départ
Nom de l'employeur	Fonction	Période d'emploi
Adresse de l'employeur		
Nom du supérieur immédiat		Téléphone
Tâches et responsabilités		Raison du départ

8	AUTRES EXPÉRIENCES, CONNAISSANCES OU REMARQUES
----------	---

Indiquez toutes les expériences rémunérées ou bénévoles, ayant un lien direct avec la fonction postulée, ainsi que toutes autres remarques, aptitudes, cours, stages ou connaissances dont vous désirez nous informer.

Limitations professionnelles

Êtes-vous atteint(e) de limitations physiques qui pourraient affecter votre travail dans la fonction postulée?

9	OBTENTION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
----------	---

Valide pour une période de six mois – Notez que seules les personnes convoquées à une entrevue recevront une réponse écrite.

Je déclare que les informations sont véridiques et complètes ; une fausse déclaration peut entraîner le rejet de ma candidature ou mon renvoi, le cas échéant.

Signature	Date
-----------	------